



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Enfermería

**Nivel de participación de los padres de familia en el
cuidado de los niños menores de 5 años post operados
durante su estadía en la Unidad de Recuperación Post
Anestésica del ISN noviembre – diciembre Lima - Perú
2008**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

**Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Centro
Quirúrgico**

AUTOR

Ssujey Angélica FERNANDEZ MONTES

Lima, Perú

2011



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Fernandez S. Nivel de participación de los padres de familia en el cuidado de los niños menores de 5 años post operados durante su estadía en la Unidad de Recuperación Post Anestésica del ISN noviembre – diciembre Lima - Perú 2008 [Trabajo de investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2011.

A Dios por otorgarnos la vida y regalarnos cada amanecer de un nuevo día y así brindar todos los logros obtenidos de nuestra profesión en bien de nuestro prójimo.

En memoria a mi abuelita Angélica Rodríguez por enseñarme lo que es el AMOR de una madre, abuela y mujer y a mi tío Germán Fernández por su apoyo infinito y el amor que ningún otro ser pudo dar.

A mis queridos padres: Roberto Fernandez y Victoria Montes, por su amor que me brindan y constante apoyo incondicional que me han dado hasta hoy. También a mis hermanos Jessica, José, Eleny y mi adorada sobrina Alexa Xaviera.

A José Mina Rivera por enseñarme a decir: Yo te amo y mas que tu y por ese día a día que me impulsa a ser mejor que el día anterior como persona, mujer y profesional.

A mi querida Alma Mater:
Universidad Nacional Mayor de San
Marcos por abrirme las puertas de
sus aulas y formarme la profesional
que hoy soy; y a San Fernando
porque es un orgullo ser
Sanfernandina.

A mis queridas profesoras y
colegas porque cada día me
enseñan algo mas de la importancia
de ser enfermera de la UNMSM.

INDICE

	PAG.
INDICE DE CUADROS	
RESUMEN	1
PRESENTACIÓN	4
 CAPITULO I : INTRODUCCION	 7
A.- Planteamiento del problema:	7
B.- Formulación del Problema	12
C.- Objetivo General	12
Objetivo Especifico	12
D.- Justificación	12
E.- Propósito	13
F.- Marco Teórico	13
F.1. Antecedentes	13
F.2. Base Teórica	16
2.1. Rol de los Padres en la crianza de sus hijos	16
a. Funciones de los padres	19
b. Participación de los padres de familia en la hospitalización	22
c. Cuidado de los padres de familia	24
2.2. Desarrollo del niño menor de 5 años	28

a. Dimensión biológica	30
b. Dimensión psicológica y/o afectiva	38
c. Dimensión social	39
2.3. Periodo post operatorio	40
2.4. Unidad de recuperación post anestésica	44
a. Diseño de la unidad de recuperación	45
b. Monitorización	45
c. Recursos humanos	46
d. Cuidados en recuperación	46
e. Protocolo de actuación de anestesiología	47
2.5. Cuidados de enfermería en el paciente post operado inmediato	50
G. Hipótesis	56
H. Definición operacional de términos	56
CAPITULO II: MATERIAL Y METODO	58
A. Tipo, Nivel y Método de Estudio	58
B. Sede de Estudio	58
C. Población y/o muestra	60
D. Técnicas e instrumentos de recojo de datos	60
E. Plan de recojo de procesamiento y de presentación de datos	61
F. Plan de análisis e interpretación de datos	62
G. Consideraciones éticas	63
CAPITULO III : RESULTADOS Y DISCUSIÓN	64
A. Datos Generales.	64
B. Datos relacionados a: Nivel de Participación de los Padres de Familia en el cuidado de los niños menores de 5 años post operados, Nivel de Participación de los Padres de Familia según dimensiones.	65

CAPITULO IV: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y

RECOMENDACIONES.

A.	Conclusiones	72
B.	Limitaciones	73
C.	Recomendaciones	74

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

INDICE DE CUADROS

TABLA N°		PAG.
1.	Nivel de Participación de los Padres de Familia en el cuidado de los niños menores de 5 años post operados - Unidad de Recuperación Post Anestésica – ISN. Noviembre - Diciembre. Lima – Perú. 2008.	66
2.	Nivel de Participación de los Padres de Familia según Dimensiones - Unidad de Recuperación Post Anestésica – ISN. Noviembre - Diciembre. Lima – Perú. 2008	68

RESUMEN

La sala de la Unidad de Recuperación Post Anestésica, es una unidad donde se monitoriza las constantes vitales del paciente, la recuperación de la conciencia, la perfusión de líquidos y la recuperación de los reflejos. Para un niño la corta o larga estancia en el hospital es una situación de crisis y estrés provocándole gran impacto emocional. Por lo tanto, los padres deben asumir acciones necesarias para su participación en el cuidado y educación de sus hijos. Durante el trabajo diario en el Instituto Especializado de Salud del Niño, se observó que existiendo una educación impartida a la familia; aun así desconocen su rol de participación en la recuperación del paciente pediátrico

Por lo antes mencionado se realizó el estudio de investigación titulado: "Nivel de Participación de los Padres de Familia en el cuidado de los niños menores de 5 años post operados durante su estadía en la Unidad de Recuperación Post Anestésica del ISN , 2008"; como objetivo: " Determinar el nivel de participación de los padres de familia en el cuidado de los niños menores de 5 años post operados durante su estadía en la Unidad de Recuperación Post Anestésica ".

El propósito es brindar información objetiva sobre la Participación de los Padres de Familia en el cuidado de los niños menores de 5 años post operados, permitiendo promover al profesional de enfermería a elaborar y formular programas educativos que

incentiven la participación activa de los padres en el cuidado de su hijo, así favorecerá en aliviar la experiencia vivida y fortalecer los vínculos afectivos entre padres e hijos.

Respecto a la revisión literaria se encontraron trabajos similares donde se mencionan trabajos que contienen aspectos que se relacionan con dicho estudio. Se cuenta con la base teórica que sustenta científicamente la investigación.

El método utilizado fue el descriptivo – simple, la población estuvo conformada por los padres de familia que tienen hijos menores de 5 años post operados en la Unidad de Recuperación Post Anestésica. La técnica utilizada fue la entrevista y el instrumento fue el cuestionario estructurado validado mediante el juicio de expertos.

La recolección de los datos se realizó a partir de la 2da semana de noviembre hasta fines de Diciembre, contando con la Participación de los Padres de Familia. Se inició con la presentación de la investigadora a cada padre explicando el objetivo del estudio e instrumento a utilizar mediante palabras sencillas; culminando al entrevistar a todos los padres que asistieron.

Finalizada la recolección de los datos, se procedió al procesamiento y presentación de los datos llegando a las siguientes conclusiones:

1. El Nivel de Participación de los Padres de Familia en el cuidado de los niños menores de 5 años post operados es de Participación Media a Baja representando el 80.77% y sólo el 19.23% tienen Participación Alta.
2. Nivel de Participación de los Padres de Familia en el cuidado de los niños menores de 5 años post operados; según las dimensiones biológicas, psicológicas y/o afectiva, en su conjunto es de Participación Media a Baja (80.77%) y sólo el 19.23% tienen Participación Alta; mientras la dimensión

social presenta una Participación Media a Alta (80.77%) y sólo representa la Participación Baja el 19.23%.

PALABRA CLAVE: Cuidado, Participación de Padres de Familia, Niño menor de 5 años Post Operado.

SUMMARY

The room of the Post Anesthesia Recovery Unit is a unit which monitors the patient's vital signs, recovery of consciousness, the infusion of fluids and the recovery of reflexes. For a child's short or long stay in the hospital is a state of crisis and stress causing great emotional impact. Therefore, parents must take actions necessary for participation in the care and upbringing of their children. During the daily work at the National Institute of Child Health, found that there an education to the family still unaware of their role of participation in the recovery of pediatric patients.

For the above was done the research study entitled: " Level Involvement Parents caring for children under 5 years post surgery while in the Post Anesthesia Recovery Unit of the ISN, 2008 "as Objective: " determine the level of participation of parents in the care of children under 5 years post surgery while in the Post Anesthesia Recovery Unit. "

The purpose is to provide objective information on the Involvement of Parents in the care of children under 5 years post surgery, allowing the nurse to promote development and formulation of educational programs that encourage active participation of parents in caring your child and foster in alleviating the experience and strengthen the emotional bonds between parents and children.

Regarding the literature review found similar work where you mention works that contain aspects related to this study. It has the theoretical base supporting scientific research.

The method used was descriptive - simple, the population consisted of parents with children under 5 years post surgery in the Post Anesthesia Recovery Unit. Technique used was the interview and structured questionnaire instrument was validated by expert opinion.

The data collection was performed from the 2nd week of November to late December, with the participation of Parent. It began with the presentation of the research to each parent explaining the purpose of study and instrument to be used by simple words, culminating in interviewing all the parents who attended.

After the collection of data, we proceeded to the processing and presentation of the data reached the following conclusions:

1. Level of Involvement of Parents in the care of children under 5 years post surgery is low to medium Participation representing 80.77% and 19.23% have only high participation.
2. Level of Involvement Parents caring for children under 5 years post surgery, according to the biological, psychological and / or emotional, overall participation is medium to low (80.77%) and only 19.23% have high participation, while the social dimension has a Middle-High Participation (80.77%) and represents only the low participation 19.23%.

KEYWORD: Care, Parent Involvement, Child under 5 years post surgery.

PRESENTACION

Generalmente los pacientes son despertados por el anestesista en el propio quirófano tras una anestesia general. En el momento que son capaces de respirar espontáneamente se trasladan a la sala de despertar, al igual que los pacientes operados bajo anestesia regional (epidural, raquídea, bloqueo de plexos nerviosos). Los operados con anestesia local, salvo que concurren en ellos enfermedades secundarias severas (insuficiencia respiratoria, insuficiencia cardíaca), suelen ser devueltos a la habitación directamente.

La sala de recuperación es una dependencia anexa a los quirófanos en la que se dispone un determinado número de puestos de recuperación. Cada uno de ellos está dotado con medios para la reanimación inmediata (oxígeno, gases, monitorización). Las salas de recuperación o URPA de los hospitales están atendidas por un anestesiólogo y personal de enfermería en número variado según el tamaño. En esta sala las constantes vitales (pulso, tensión arterial, oxigenación) se reflejan en un monitor continuamente, se vigila la normalidad de la respiración espontánea, la recuperación de la conciencia, se controla la estabilización del ritmo cardíaco, la perfusión de líquidos por los goteros y la recuperación de los reflejos.

Prevenir o minimizar la separación es un objetivo del profesional de enfermería cuando un niño se separa de sus padres por la hospitalización; pero, además de fomentar el contacto padres-hijos también es beneficioso para la familia.

La actitud de los padres pueden tener una influencia decisiva en exacerbar o calmar sus miedos. Aunque la reacción del niño variara de acuerdo con su edad, los adultos que se encarguen de él pueden comunicarle, ya sea a través de los gestos o las palabras, la confianza que precisa para enfrentarse a una situación traumática. Puede tratarse de una visita en el servicio de urgencias, a causa de un accidente, o una súbita indisposición en plena noche. Los bebés lloran o están postrados por la fiebre, pero se tranquilizan cuando su madre o su padre les acarician. A los más mayorcitos, convendrá explicarles lo que va a suceder en la sala de emergencias, pedir la ayuda del médico, de las enfermeras, para que el niño pueda conocer los procedimientos a que van a someterle. Cuando se trate de una hospitalización planificada, los padres han de prepararse de antemano, aprendiendo todo lo que les sea posible sobre la condición de su hijo y el tratamiento que recibirá en el hospital.

La enfermera es la profesional que dirige sus acciones a la conservación, promoción y restablecimiento del equilibrio bio-psico-social del individuo, por lo que se cree conveniente realizar el presente proyecto de investigación titulado: Nivel de participación de los padres de familia en el cuidado de los niños menores de 5 años post operados durante su estadía en la sala de recuperación post anestésica del ISN , 2008.

El propósito de este proyecto de investigación es proporcionar información objetiva sobre la Participación de la familia en el cuidado de los niños menores de 5 años post operados durante su estadía en la sala de recuperación post anestésica, permitiendo promover al profesional de enfermería a que elabore y formule programas educativos que incentiven la anticipación activa de los padres en el cuidado de su hijo ya que favorecerá en aliviar el dolor de la experiencia vivida y a la vez fortalecer los vínculos afectivos entre padres e hijos.

El presente proyecto de investigación consta de las siguientes partes: Capítulo I: El Problema, en el cual se consigna planteamiento del problema, formulación del problema, objetivo, justificación, propósito, marco teórico (Antecedentes, base teórica),

hipótesis, definición operacional de términos y operacionalización de la variable. Capítulo II: Material y Métodos, en el cual se incluye tipo, nivel y método de estudio, sede de estudio y población muestra, Técnicas e instrumentos de recojo de datos, Plan de recojo de procesamiento y de presentación de datos, Plan de análisis e interpretación de datos, Consideraciones. Capítulo III: Resultados y Discusión, en el cual se incluye datos generales y específicos. Capítulo IV: Conclusiones, Limitaciones y Recomendaciones. Finalmente se presenta las Referencia bibliográfica, Bibliografía y Anexos.

CAPITULO I

INTRODUCCION

A.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La unidad de cuidados post-anestésicos (URPA, o sala de recuperación) es el área del hospital que se designa para la vigilancia y cuidado de pacientes, que se recupera de los cambios fisiológicos producidos por la anestesia y la cirugía. La recuperación anestésica suele ocurrir sin incidentes; sin embargo un estudio reportado por Cooper y Col (1990) indicó que casi el 70% de los accidentes críticos se atribuyen a un error humano, y ocurren en el cuidado del pacientes. A partir de éste análisis se estimó que es posible prevenir el 50% de la mortalidad relacionada.

El post-operatorio es el período que transcurre entre el final de una operación y la completa recuperación del paciente, o la recuperación parcial del mismo, con secuelas. Pudiendo, en caso de fracasar la terapéutica finalizar con la muerte. El post-operatorio se divide en cuanto al tiempo que ha transcurrido desde la operación, en:

Inmediato: en el que se controlan los signos vitales, tensión arterial, pulso, respiración, esto implica valorar la permeabilidad de las vías aéreas para descartar cualquier tipo de obstrucción.

También en este período se prestará atención a la aparición de hemorragia tanto interna como externa (que se evidencia en un aumento del sangrado a través de los drenajes o de la herida operatoria, o como hematemesis, enterorragia, hematuria) que repercutirá en la frecuencia de pulso y en los valores tensionales. La respuesta diurética inicial permitirá obtener información adicional sobre el estado hemodinámico, hidratación y la eventual presencia de un fallo renal agudo.

Mediato: Se prestará atención al control de los desequilibrios, diuresis, fiebre, alteraciones hidroelectrolíticas, comienzo de la función intestinal.

Tardío: En este período se prioriza el control de la evolución de la cicatrización, así como la evolución de la enfermedad tratada. La duración está determinada por la clase de operación y por las complicaciones. La respuesta metabólica a un traumatismo quirúrgico de moderada magnitud (cirugía mayor abdominal, torácica, etc.) no complicado, presenta variaciones individuales importantes.

Una vez que la cirugía ha terminado, el paciente será derivado a la sala de recuperación, también llamada unidad de cuidados post-anestésicos - o URPA - (su sigla en inglés es PACU). En la sala de recuperación, enfermeras diplomadas, anestesiólogos y otros profesionales de la salud controlarán de cerca al paciente pediátrico mientras "se despierta" de la anestesia. El período de recuperación dependerá del tipo de cirugía realizada, de la respuesta de su hijo a la misma y a la anestesia y del trastorno médico que el niño presente. Mientras el paciente permanece en la sala de recuperación, el personal cumplirá con los siguientes controles (cuando corresponda):

- Monitorear los signos vitales, como la presión sanguínea, el pulso y la respiración
- Monitorear cualquier signo de complicación
- Tomar la temperatura del niño.
- Monitorear el grado de conciencia
- Revisar catéteres o drenajes
- Revisar la herida

- Revisar las infusiones endovenosas (su sigla en inglés es iv)
- Monitorear el nivel de orina
- Mantener cómodo al niño con analgésicos y cambios de posición
- Asegurarse de que el paciente esté lo suficientemente despierto para que pueda ingerir los líquidos apropiadamente antes de ofrecerle algo de beber

Cuando el paciente esté despierto y sus signos vitales sean estables, será trasladado a una habitación común del hospital o será dado de alta. El cuidado postoperatorio comienza en el momento en que el paciente pediátrico ingresa a la sala de recuperación y finaliza cuando se le da de alta. La duración de esta fase depende del tipo de cirugía y del trastorno médico del niño. La mayoría de los niños que se han sometido a intervenciones quirúrgicas menores pueden ser dados de alta el mismo día en que se realiza la cirugía. Las cirugías mayores requieren períodos de recuperación más prolongados y, quizás, internación en la unidad de cuidados intensivos. Durante este lapso será conveniente que los padres de familia conozcan las molestias normales que su hijo puede experimentar después de la cirugía y las medidas que se toman habitualmente para ayudar a controlar el dolor postoperatorio.

A la hora de plantearme como abordar un tema que puede ser muy extenso y heterogéneo, se ha pensado en las veces que estando en urgencias acuden padres con sus hijos recién operados de las diferentes especialidad, con mil preguntas y dudas al respecto porque observan en ellos algún desmejoro en su salud. Involucrar a los padres en el cuidado postoperatorio es primordial para una buena recuperación y bienestar de los niños operados. Deben recibir una educación adecuada para asegurarnos que el postoperatorio continúe en casa sin complicaciones y que en el caso de que estas aparezcan, los padres las sepan detectar. No debemos olvidar que hoy en día las altas hospitalarias postoperatorias son cada vez más precoces y que es en beneficio del paciente, pero ello no debe suponer un aumento de la angustia paterna ni una mayor incidencia de complicaciones.

Los hombres han cambiado, ya no solo se involucran en las tareas domesticas, sino que han tomado conciencia de la importancia de su papel de padres; y como tal, exigen sus derechos. Tradicionalmente se ha considerado a la mujer la responsable de todas las tareas realizadas dentro del hogar, mientras que el hombre era el encargado de traer el dinero a casa. Dentro de esas labores de ama de casa el cuidado de los hijos era una mas. Los hombres parecían desentenderse de sus vástagos, al menos hasta que estos cumplieran una edad en la que podían empezar a trabajar y a seguir perpetuando los roles y valores en los que habían sido educados: la mujer cocina, lava, plancha, cría a los hijos. Y el hombre, por su parte, trabaja y mantiene a la familia.

Estas transformaciones de hombres y mujeres son las causas de mayor incidencia en el creciente interés de los padres por estar presentes en todos los momentos de la vida de sus hijos. Los hombres adoptan nuevos roles que les acercan a sus hijos y ya no son pocos los hombres que hacen sus compras en supermercados, participan en reuniones de padres en las escuelas, conversan con las maestras acerca de la evolución escolar de sus hijos y cocinan en sus casas para sus familias. Además, no hay que olvidar que el deseo de supervivencia es uno de los mas fuertes del ser humano, y en él los hijos juegan la parte mas importante. Los padres comprenden que ellos son los que les sucederán, y por lo tanto en su educación tratan de inculcarle todo aquellos en lo que creen. La paternidad supera la simple descendencia y se convierte en trascendencia (aquello que queda mas allá) , un legado cultural a la siguiente generación.

Los padres que aceptan bien la situación están mejor preparados para ayudar a sus hijos a resolver el estrés de la hospitalización. Estos factores estresantes se afrontan mejor anticipando y compartiendo información con ellos de una manera abierta y coherente.

La actitud de los padres pueden tener una influencia decisiva en exacerbar o calmar sus miedos. Aunque la reacción del niño variara de acuerdo con su edad, los adultos que se encarguen de él pueden comunicarle, ya sea a través de los gestos o las palabras, la confianza que precisa para enfrentarse a una situación traumática.

Puede tratarse de una visita en el servicio de urgencias, a causa de un accidente, o una súbita indisposición en plena noche. Los bebés lloran o están postrados por la fiebre, pero se tranquilizan cuando su madre o su padre les acarician. A los más mayorcitos, convendrá explicarles lo que va a suceder en la sala de emergencias, pedir la ayuda del médico, de las enfermeras, para que el niño pueda conocer los procedimientos a que van a someterle. Cuando se trate de una hospitalización planificada, los padres han de prepararse de antemano, aprendiendo todo lo que les sea posible sobre la condición de su hijo y el tratamiento que recibirá en el hospital.

Hoy en día, los miembros de la familia del paciente pediátrico post operado manifiestan diversas respuestas emocionales frente al problema del paciente. A veces estos sentimientos se comunican verbalmente e interfieren minimamente en la asistencia del paciente por lo que los miembros familiares deben participar e informarse sobre la recuperación y la rehabilitación del paciente ya que este último depende del apoyo que recibirá de sus seres queridos. Es necesario establecer qué y cuánto saben los padres de familia sobre la participación en el tratamiento y/o manejo post anestésico, la importancia de esta para la recuperación de su hijo y lograr que esta participación sea constante y eficaz para la pronta mejoría del paciente.

En la experiencia profesional algunos padres manifiestan lo siguiente: “ Srta. Mi hijo está bien”; “Salió bien de la operación”; “Srta. Mi hijo despertó de la operación, puedo verlo porque cuando no me ve llora mucho”; “ Por qué llora tanto, puedo darle juguito porque debe tener hambre”; “Lo van a hospitalizar, cuántos días”. A pesar de existir cierta educación que se imparte a los padres de familia en consultorios externos sobre el tipo de operación que se realizara a su hijo, materiales que se utilizaran de acuerdo al tipo de patología, preparación pre anestésica, aun así desconocen su rol en la participación en el tratamiento y/o manejo post anestésico a favor de la recuperación del paciente, por tal motivo es necesario investigar que tanto conocen de su participación en el restablecimiento de su hijo.

B.- FORMULACION DEL PROBLEMA:

En relación a la situación anteriormente presentada es que se cree conveniente realizar un estudio de investigación, planteándonos la siguiente interrogante:

¿Cuál es el nivel de participación de los padres de familia en el cuidado de los niños menores de 5 años post operados durante su estadía en la unidad de recuperación post anestésica del ISN , 2008?

C.- OBJETIVO GENERAL

- Determinar el nivel de participación de los padres de familia en el cuidado de los niños menores de 5 años post operados durante su estadía en la unidad de recuperación post anestésica.

OBJETIVO ESPECIFICO

- Identificar el nivel de participación de los padres de familia en el cuidado de los niños menores de 5 años post operados respecto a sus dimensiones durante su estadía en la unidad de recuperación post anestésica.

D.- JUSTIFICACIÓN

Los niños hospitalizados pueden encontrar dificultades a la hora de establecer límites físicos, debido a las repetidas intervenciones a que son sometidos, a sensaciones dolorosas, las que se deben limitar y se debe proporcionar sensaciones placenteras como lo es la compañía de su madre. Las separaciones prolongadas de los padres complican el buen desarrollo del proceso de vinculación afectiva al aumentar el número de personas que asisten al niño y con quienes éste debe relacionarse; en una situación ideal, los padres deberían prestar la mayor parte de los cuidados diarios rutinarios durante la hospitalización. Cuando esto sea posible, se deberían intentar limitar el número de cuidadores que tienen contacto con el niño y seguir la dirección en los cuidados marcada por los padres fomentando de ese modo el desarrollo continuado de la confianza en el niño.

El lactante depende absolutamente de otras personas encargadas de cuidarlo, pero también depende de sus padres que lo introducen en el mundo que lo rodea

contribuyendo así a que lo perciba como un lugar agradable y armónico, con frustraciones, pero también con la esperanza de suprimir la tensión. Si los padres no son capaces de ayudarlo durante este periodo es posible que el niño perciba el mundo exterior como un lugar de hostilidad e indiferencia. El contacto afectuoso y continuo entre los padres y su hijo proporciona estimulación y satisfacción al niño, lo cual repercute en su desarrollo físico y psíquico.

La realización del presente trabajo va a permitir identificar el nivel de participación de los padres de familia en el cuidado de su hijo post operado, a fin de proponer una activa participación de los padres en el restablecimiento de su salud y un mejor vínculo afectivo entre padres-hijos.

E.- PROPÓSITO

El presente estudio permitirá proporcionar información objetiva sobre la Participación de la familia en el cuidado de los niños menores de 5 años post operados durante su estadía en la unidad de recuperación post anestésica, permitiendo promover al profesional de enfermería a que elabore y formule programas educativos que incentiven la participación activa de los padres en el cuidado de su hijo, ya que favorecerá en aliviar el dolor de la experiencia vivida y a la vez fortalecer los vínculos afectivos entre padres e hijos.

F.- MARCO TEORICO

F.1. ANTECEDENTES

En la búsqueda realizada en el ámbito local, nacional y mundial se han encontrado algunos resultados de investigación, tales como:

MACIAS Josefina y HERNÁNDEZ Reinalda; realizaron un estudio sobre: La Enfermera y estimulación temprana del recién nacido de alto riesgo y prematuros hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de los Hospitales IMSS, ISSSTE, Hospital Pediátrico General

de Mazatlán y Culiacán Sinaloa – México 2001, cuyo objetivo fue Determinar la Participación de la Enfermera en la Estimulación Temprana de los recién nacidos de alto riesgo y prematuros; su metodología fue etnográfico cualitativo, la población fueron las enfermeras de la UCIN que tengan mas de 7 meses laborando en dicha unidad y se utilizo una entrevista diagnostica y la observación directa a las madres y a las enfermeras de la UCIN y se llego a la siguiente conclusión:

La enfermera no proporciona la estimulación temprana en el recién nacido en forma completa y permanente, solo lo realiza en la parte táctil y auditiva quedando esta inconclusa. Desde antes del nacimiento el neonato ya percibe algunos estímulos del medio ambiente externo y cuenta con algunas capacidades para organizarse al momento del nacimiento del niño, la enfermera y la madre debe recibir actividades de estimulación temprana para que ella lo realice al momento de tenerlo en sus brazos.

BRIOLO SÁNCHEZ, Erica; realizado en 1999, cuyo titulo es: Niveles de Autoestima en niños quemados de 8 a 14 años de edad del Instituto Nacional de Salud del Niño a través del Inventario de autoestima de Stanley Coopersmith, el cual tuvo como objetivo general Señalar y comparar los niveles de autoestima de los niños de 8 a 14 años de edad hospitalizados y de consulta externa del servicio de quemados del Instituto de Salud del Niño, siendo la metodología de tipo descriptivo, cuantitativo y de corte transversal, la población estuvo conformada por 60 pacientes hospitalizados y por consulta externa atendidos por el servicio de quemados, se utilizo el Inventario de autoestima de Stanley Coopersmith y se llego a las siguientes conclusiones:

Los Niveles de autoestima de los niños de 8 a 14 años de edad se ubican en nivel medio alto. Asimismo, existe una

diferencia significativa entre las medidas estadísticas de los niños de mayor y de menor edad; sin embargo, ambos pertenecen a la misma categoría de medio alto.

ALMANZA SIERRA Edith; en el año 2002 en Perú realizaron un estudio sobre Nivel de conocimientos y actitudes de los padres sobre el autismo de sus niños INSM Honorio Delgado – Hideyo Nogushi, el cual tuvo como objetivo Determinar el nivel de conocimiento y actitudes de los padres de niños autistas en el hogar; siendo la metodología de tipo descriptivo, cualitativo y de corte transversal, la población estuvo conformado por 32 niños(as) con diagnóstico de autismo infantil, se utilizó como instrumentos el cuestionario y un test de actitud de Likert, y se llegó a las siguientes conclusiones:

Los padres presentan un nivel de conocimiento suficiente sobre el autismo y que el grado de instrucción no influye en el, mientras que la actitud adoptada es negativa influyendo el grado de instrucción significativamente, asimismo existió una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y actitudes de los padres de niños autistas.

ANGELES ESPINOZA , Giovanna, en el año 2005 en Perú realizaron un trabajo de investigación sobre: Conocimientos y su relación con las actitudes de los padres de niños con síndrome de Down, el cual tuvo como objetivo principal Determinar el nivel de conocimiento y actitud de los padres de niños con síndrome de Down del Centro Educativo Especial Laura Alva Saldaña, se utilizó el método descriptivo y de corte transversal, la muestra estuvo constituida por 34 padres; para la recolección de datos se aplicó un cuestionario estructurado y un test de actitud, y se llegó a las siguientes conclusiones:

El 58.8 por ciento de los padres tiene un nivel de conocimientos medio acerca del síndrome de Down y el 47 por ciento tiene una actitud indiferente, además de que se encontró una relación estadísticamente significativa al encontrarse que un 100 por ciento de padres presentan un nivel de conocimiento bajo correspondiendo a un nivel de actitud negativa y un 83.3 por ciento de padres con un nivel de conocimiento alto que corresponde a un nivel de actitud positiva; lo que demuestra que el nivel de conocimiento influye sobre la actitud de los padres hacia su hijo con Síndrome de Down.

F.2. BASE TEORICA

2.1. ROL DE LOS PADRES EN LA CRIANZA DE SUS HIJOS

La familia, tal como está definida en nuestra Constitución Política, es el núcleo fundamental de la sociedad. Esta definición se centra en la función social y el objetivo de bien común que persigue la familia como institución. Pero la familia no sólo es buena para la sociedad, sino que también es lo mejor para el desarrollo de la persona humana, desde que es concebida hasta su muerte. En este sentido la familia cumple una función psicológica y existencial que se agrega de manera esencial a las funciones de reproducción biológica y de sustento material. “La familia es el espacio en el que se obtiene cariño, afecto y se descubre el sentido de la vida.” En estos días, no está en discusión la importancia de la familia, pero los cambios culturales y sociales que han generado transformaciones estructurales importantes en ella, han dado pie para discutir acerca de la vigencia del modelo tradicional de familia – con padre, madre e hijos — como el mejor para cumplir las funciones antes mencionadas.

Sandra Ferketich descubrió que la tendencia a criar se encuentra tanto en varones como en mujeres, así como el deseo de sentirse conectado emocionalmente con los hijos. Otro investigador, Ross Parke, ha dicho que tanto los padres como las madres son igualmente capaces de interpretar las señales de sus hijos indicativas de hambre, molestias o fatigas, e igualmente capaces de responder a ellas de manera adecuada. Numerosos estudios avalan la idea de que hombres y mujeres tienen capacidades parentales similares, pero también hay mucha evidencia sobre las diferencias, que radican principalmente en la forma de ejercer dichas capacidades.

Algunas de las diferencias más significativas entre la madre y el padre radican en la forma de jugar, siendo el padre más explorador, ayudando al hijo en la formación de su confianza en sí mismo. El padre apoya las conductas del hijo que buscan novedad y lo ayuda a tolerar frustraciones cuando intenta algo nuevo. La madre, en cambio, suele aferrarse a los esquemas más convencionales. Otra divergencia en el modo de relacionarse los padres con sus hijos está en la disciplina, ya que mientras la madre tiende a imponerla subrayando los costos sociales y de relación que tiene la mala conducta, el padre lo hace subrayando las consecuencias mecánicas y sociales de ésta, alejándose de lo emocional y de un modo más impersonal cuando han trazado un límite. Estas diferencias y otras que se pueden encontrar en la literatura referente al tema, permiten concluir que padre y madre son complementarios y necesarios en el desarrollo de los hijos.

La sociedad siempre asigna una mayor importancia al papel de la mujer en la crianza de los hijos. Sin embargo, el rol del padre es fundamental, tanto para el correcto desarrollo de los niños como para su futura vida adulta.

Los niños que desde el nacimiento crecen con una amplia influencia de sus padres en su educación, tienen beneficio:

- Identidades mas definidas.
- Mayor capacidad de tener y conservar lazos significativos
- Mayores habilidades para desempeñarse solos.

A veces, los padres tienden a desestimar su rol y su implicancia en la educación de su hijo, bajo el argumento de que deben ocuparse de cuestiones mucho mas importantes para el funcionamiento del hogar, como el trabajo o alguna reparación. Pero...¿Que puede ser mas importante que la crianza de un hijo? Nada reponen el tiempo perdido en la educación de un hijo, algo que no es en absoluto un trabajo, si no un placer. Y aquellos padres excesivamente pragmáticos, deben saber que su ausencia durante el desarrollo de su hijo, es a menudo "solicitada" (aunque en términos mucho mas duros) durante su adultez. Las formas de implicarse con la educación de un hijo incluyen:

- Formar un equipo para ayudar en las tareas cotidianas de la casa.
- Disfrutar de pasatiempos juntos.
- Sostener conversaciones y confidencias. Para esto, es muy bueno hacer una salida de fin de semana a algún campo cercano o zona suburbana.
- Ser sensible a las necesidades de su hijo y responder a ellas
- Participar en la disciplina y el cuidado del hijo.

La paternidad y maternidad son roles que se gestan desde la niñez a través de la identificación con figuras parentales o sustitutos y se despliegan en la fantasía y en los juegos infantiles. Los lugares imaginarios que se ocupan en el transcurso de la infancia, se van construyendo hasta ser formalizados. De este modo, se va moldeando en

cada uno de nosotros a lo largo de nuestra historia y el crecimiento, la capacidad de convertirnos en padres.

Muchas parejas consultan temerosas de volcar en el hijo / la hija sufrimientos acontecidos en el núcleo familiar del cual provienen. Cuentan con figuras parentales que no han forjado en ellas los modelos adecuados que desean transmitir y se sienten exigidos a cumplir su rol sin equivocarse y con la presión de no repetir los errores que adjudican a sus padres. Sostenemos que en la relación filial son los padres junto con sus hijos, quienes darán las características y las particularidades propias de cada vínculo. De este modo, los padres atentos a escuchar y responder a las necesidades de sus hijos, serán capaces de favorecer un saludable crecimiento y desarrollo psicofísico.

d. FUNCIONES DE LOS PADRES

El ser humano posee una tendencia natural a la violencia, al egoísmo, a la intolerancia y a todos aquellos sentimientos que implican satisfacción inmediata y desconocimiento de la existencia del otro. Los padres son los primeros *agentes de socialización*, la cual se lleva a cabo a través de la educación, la transmisión de normas y la incorporación de hábitos.

Educar significa etimológicamente conducir hacia fuera proviene de educere ex (fuera) –ducere (conducir), es decir preparar al individuo para el mundo encauzando todo lo primitivo que existe en el ser humano hacia formas que le permitan vivir en sociedad.

La internalización de todas estas pautas se realiza gracias al sostén afectivo constante y suficiente de los mismos padres. Para ello se requiere que tengan una disponibilidad que implica presencia, dedicación de tiempo, paciencia, descentramiento y capacidad de postergación de sus propias necesidades; acompañado de una transmisión clara y firme de pautas y valores. Si se pone el acento fundamentalmente en la educación,

sin la apoyatura del sostén afectivo en forma proporcional; o si se privilegia lo afectivo y existe una deficiencia en la transmisión de normas y valores, paradójicamente puede dar lugar al mismo tipo de patologías: violencia, adicciones, trastornos alimentarios, depresión, conductas antisociales, etc. La recurrente aparición de este tipo de cuadros en el consultorio hace evidente la existencia de una falla en la manera en que se lleva a cabo el proceso de socialización. En un primer momento se circunscribe al ámbito familiar, es entonces cuando los padres consultan porque sus hijos presentan dificultades para dormir, por agresividad con los hermanos y cada vez más hacia los propios padres, por medio de insultos, desafíos y hasta violencia física. En un segundo momento, el de la escolarización, se plantean consultas desde los padres o desde la propia escuela por problemas de aprendizaje, trastornos de conducta, déficit de atención, violencia o imposibilidad de aceptar las normas de la institución escuela. Luego, en la adolescencia estas mismas dificultades se ponen de manifiesto haciéndose sentir directamente en el entramado social. Violencia, delincuencia y adicciones forman parte del espectro de patologías que ya, a esta altura, evidencian las fracturas previas.

Haciendo también un análisis de los observables con relación a la forma en que se ejerce la *función de padres* encontramos las siguientes dificultades:

- Poca disponibilidad para explicar, escuchar y contener,
- Delegación de funciones parentales en otras personas,
- Sobreprotección y otorgamiento de un poder exagerado a los niños y adolescentes (en última instancia y aunque no lo parezca es abandono),
- Imposibilidad de transmitir normas y enseñar hábitos con la constancia necesaria como para que sean incorporados, evitando

hacerlo por temor a que los hijos se sientan dañados o a que no los quieran más,

- Complicidad con los hijos frente a cualquier figura de autoridad que los pueda cuestionar o limitar,
- Dificultad para transmitir la consecuencia que los actos tienen y para enseñarles a tolerar las frustraciones,
- Poca o ninguna identificación con el rol de adultos y gran tendencia a actuar identificados con el rol de hijos.

Resulta bastante claro, el grado de importancia que la función de los padres tiene en la transmisión, el desarrollo y el sostén de la cultura y que se ve reflejada a posteriori en la sociedad en la cual a los propios hijos les toca vivir.

Los padres son los principales responsables de darle una buena formación a los hijos. A lo largo de la vida se puede ver como un padre adquiere responsabilidades sobre sus hijos en crecimiento: Para que estos sean unos seres íntegros y autónomos, se necesitan diferentes herramientas como lo es el afecto, la enseñanza de valores, calidad humana y, sobretudo ofrecerles una excelente educación. El contexto escolar y la familia, aunque son lugares y situaciones muy diferentes, se relacionan y complementan entre si, enseñándoles a los niños entre 5 y 10 años, las cosas básicas y fundamentales para la vida. Los hijos necesitan desenvolverse en un espacio donde les sea fácil adaptarse, para que puedan adquirir conocimientos y vivir muchas experiencias enriquecedoras que les sea útil mediante su crecimiento.

Este tema a tratar es importante e interesante estudiarlo ya que abarca lo que es la comunicación entre padres e hijos y como la familia influye en muchos aspectos como la autoestima, la calidad humana, los valores y el afecto en la formación de estos.

e. PARTICIPACION DE LOS PADRES DE FAMILIA EN LA HOSPITALIZACION

La hospitalización de un niño es una situación de crisis que provoca gran impacto emocional tanto para él como para su familia. La separación de su ambiente familiar, hace que el niño se le genere incertidumbre, angustia y hostilidad, además de alterar el proceso de vinculación afectiva. Todo lo anterior puede aminorarse con la permanencia de uno de los padres de familia junto a su hijo hospitalizado lo cual también permite entregar educación al miembro familiar. En muchos servicios públicos de nuestro país la visita de los padres a su hijo hospitalizado esta restringida por normas que en ocasiones perturban la relación entre el equipo de salud y la familia del niño.

Los padres que aceptan bien la situación están mejor preparados para ayudar a sus hijos a resolver el estrés del post operatorio y posterior hospitalización. Estos factores estresantes se afrontan mejor anticipando los problemas dando a los padres oportunidades para exponer sus preocupaciones y compartiendo información con ellos de una manera abierta y coherente. Además, los padres pueden necesitar ser estimulados a atender sus propias necesidades de alimento y descanso. Al interesarse en las necesidades de los padres, los médicos pueden promover una mejor comunicación con ellos. El objetivo de que los padres de familia participen en la hospitalización o en procedimiento quirúrgico del niño es de:

- Mantener vinculo padres-hijo
- Facilitar la adaptación del niño al medio hospitalario y al tratamiento
- Entregar conocimientos básicos de algunas técnicas sencillas utilizadas en la atención de su hijo para que pueda repetirlas en el hogar.

- Permitir que el equipo de salud tenga acceso a información y antecedentes que los padres puedan proporcionar en relación a su hijo.
- Disminuir los días de hospitalización
- Contribuir a evitar que el niño vuelva a enfermar por causas prevenibles.

Los niños hospitalizados pueden encontrar dificultades a la hora de establecer límites físicos, debido a las repetidas intervenciones a que son sometidos, a sensaciones dolorosas, las que se deben limitar y se debe proporcionar sensaciones placenteras como lo es la compañía de su madre. Las separaciones prolongadas de los padres complican el buen desarrollo del proceso de vinculación afectiva al aumentar el número de personas que asisten al niño y con quienes éste debe relacionarse; en una situación ideal, los padres deberían prestar la mayor parte de los cuidados diarios rutinarios durante la hospitalización. Cuando esto sea posible, se deberían intentar limitar el número de cuidadores que tienen contacto con el niño y seguir la dirección en los cuidados marcada por los padres fomentando de ese modo el desarrollo continuado de la confianza en el niño.

El lactante depende absolutamente de otras personas encargadas de cuidarlo, pero también depende de sus padres que lo introducen en el mundo que lo rodea contribuyendo así a que lo perciba como un lugar agradable y armónico, con frustraciones, pero también con la esperanza de suprimir la tensión. Si los padres no son capaces de ayudarlo durante este período es posible que el niño perciba el mundo exterior como un lugar de hostilidad e indiferencia. El contacto afectuoso y continuo entre los padres y su hijo proporciona estimulación y satisfacción al niño, lo cual repercute en su desarrollo físico y psíquico. Si un niño menor de 1 año ha

de quedar hospitalizado, el hecho que la madre permanezca con él es tan importante como cuando se trata de un niño mayor.

La hospitalización como situación de estrés, pone a prueba el sistema familiar, el que se debe alcanzar un equilibrio, entre las demandas y sus capacidades de enfrentamiento. La hospitalización participativa tiende a lograr una experiencia positiva que permite conservar el vínculo familiar y enfrentar con éxito la situación de estrés. Además permite mayor recreación, mejor comunicación con el equipo de salud y un aumento de saber familiar. Una opción muy valiosa de niños escolares chilenos hospitalizados es que la presencia de sus padres los mejora, por lo que sugieren visita diaria y en horario mas extenso a lo habitual.

f. CUIDADO DE LOS PADRES DE FAMILIA

Los niños de tan sólo unas semanas de vida tienen la capacidad de distinguir al padre de la madre, y si bien no se puede afirmar que esta capacidad sea importante para la supervivencia, sí se puede inferir que tiene un valor para su desarrollo pleno. A partir de las seis semanas, los niños distinguen la voz del padre de la de la madre. Ya a las ocho semanas se aprecia que, al acercarse la madre, los recién nacidos responden con un ritmo cardíaco y respiratorio más lento, aflojan los hombros y bajan los párpados; en cambio, cuando se acerca el padre, se les acelera el ritmo cardíaco y respiratorio, tensan los hombros, abren los ojos y se les vuelven más brillantes. Si los niños desde que nacen están equipados para descubrir al padre y diferenciarlo de la madre, implica que la conexión con aquél es necesaria e importante para su desarrollo. Los niños que han tenido un buen padre entre los primeros dieciocho a veinticuatro meses de vida, son más seguros en la exploración del mundo que les rodea, son más curiosos y menos dubitativos frente a los nuevos estímulos. Henry Biller y Frank Pedersen demostraron que estos niños,

llegado el momento de ir a la escuela, están más preparados, tienen mayor tolerancia a la tensión y la frustración, están más capacitados para esperar su turno, mantienen suficiente interés en su trabajo y confianza en sus propias capacidades y habilidades para trabajar solos hasta que la profesora los pueda ayudar.

Por su parte, Hellen Bing descubrió que la cantidad de tiempo que un padre le lee a sus hijos es un factor determinante para predecir muchas de las habilidades cognitivas, especialmente verbales, de los niños, lo que no se da igual tratándose de la madre. Otros estudios han asociado el coeficiente intelectual más alto al cuidado paterno. Las explicaciones para estos resultados se basan en que la preferencia del padre por apoyar las conductas de búsqueda de novedades, combinado con la tendencia a enriquecer y complejizar las actividades más rutinarias y pasivas de los hijos le entregan un fuerte papel de apoyo en la capacidad medible y percibida del hijo para resolver problemas y adaptarse, capacidades necesarias para el éxito en la escuela y posteriormente en el trabajo. En otros campos del desarrollo de la personalidad los estudios revelan cuán significativa es la presencia del padre con sus capacidades parentales propias.

Psicólogos, psiquiatras y educadores han manifestado persistentemente que la preocupación empática por los otros, el autocontrol, una alta sensibilidad moral e incluso el desarrollo físico están determinados en un nivel importante por el compromiso del padre en la crianza y educación. No sólo existen efectos directos de la paternidad comprometida en el desarrollo infantil, también hay efectos indirectos, que pueden ser tanto o más importantes que los otros. Es así como se observa que los padres desempeñan en sus familias un número significativo de roles – compañeros, proveedores, esposos, protectores, modelos, guías morales,

profesores, proveedores de cuidado— cuya importancia relativa varía de acuerdo a la época histórica y grupos culturales. Claramente el rol de proveedor es un componente clave del rol de padre en la mayoría de los segmentos sociales de nuestra cultura. Aun en la gran mayoría de las familias en que ambos padres trabajan, el padre es visto como el proveedor primario. El soporte económico de la familia constituye un modo indirecto pero importantísimo a través del cual los padres contribuyen a la crianza y salud emocional de sus hijos. Un segundo aspecto indirecto fundamental se desprende del rol del padre como fuente de apoyo emocional para otras personas distintas del hijo, principalmente de la madre involucrada en el cuidado directo del niño. El puede ayudar a mejorar la calidad de la relación materno-infantil, y por ende a facilitar la adaptación positiva del niño. Si la mujer siente el compromiso del padre con sus hijos, ella estará más dispuesta en su rol de madre y se sentirá más satisfecha.

SEGÚN VIRGINIA HENDERSON:

En palabras de Virginia Henderson “al hablar de Enfermedad tendemos a dar importancia a la prevención y promoción de la salud y a la curación de enfermedades. Rara vez se habla del inevitable fin de la vida o de lo que debe hacer una enfermera para ayudar a una persona a reducir sus molestias físicas o afrontar la muerte con coraje y dignidad, e incluso dotarla de una belleza impresionante”. Los elementos más importantes de su teoría son :

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud , recuperarse de la enfermedad , o alcanzar la muerte en paz .
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud .

- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros" , esferas en las que se desarrollan los cuidados .
- Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow , las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología , de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad , la 10ª relacionada con la propia estima , la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización .

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas , la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comporten todos los seres humanos , que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital , incidiendo en ellas factores físicos , psicológicos o sociales . Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionadas a una falta de conocimientos.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente. Describe la relación enfermera -

paciente , destacando tres niveles de intervención : como sustituta , como ayuda o como compañera .

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado , facilitando así la definición del campo de actuación enfermero , y a nivel más práctico , la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas. Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del Metaparadigma de enfermería :

- **Persona** : Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz , la persona y la familia son vistas como una unidad .La persona es una unidad corporal / física y mental , que está constituida por componentes biológicos , psicológicos , sociológicos y espirituales . La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad. Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia .Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia . Necesita fuerza, deseos , conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana .

- **Entorno** : Incluye relaciones con la propia familia , así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados .

- **Salud** : La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

2.2. DESARROLLO DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS

El niño es un ser en desarrollo que presenta características biológicas, psicológicas y sociales propias, su personalidad se encuentra en proceso de construcción, posee una historia individual y social, producto de las

relaciones que establece con su familia y miembros de la comunidad en que vive, por lo que un niño:

- Es un ser único.
- Tiene formas propias de aprender y expresarse.
- Piensa y siente de forma particular.
- Gusta de conocer y descubrir el mundo que le rodea.

El niño es unidad biopsicosocial, constituida por distintos aspectos que presentan diferentes grados de desarrollo, de acuerdo a sus características propias y su interacción con el medio ambiente. Se distinguen tres dimensiones del desarrollo que son: Biológica, Afectiva y Social; aun cuando las dimensiones se exponen en forma separada, el desarrollo es un proceso integral. Se puede definir a la dimensión, como la extensión comprendida por un aspecto de desarrollo, en el cual se explicitan los aspectos de desarrollo, en el cual se explican los aspectos de la personalidad del objetivo.

La práctica de la enfermería del primer nivel de atención requiere cada vez más acercarse al domicilio, a la escuela, al trabajo; cuidar el crecimiento y desarrollo del niño, es hoy la meta de este profesional que a lo largo de su historia ha sabido adaptarse a las necesidades de la sociedad.

La naturaleza de los cuidados de enfermería en la edad infantil se propone asegurar el desarrollo de las capacidades físicas, afectivas, mentales y sociales del individuo para asegurar la continuidad de la vida.

Evaluar el cuidado y la atención que recibe un niño durante los primeros cinco años de su vida es fundamental, especialmente los tres primeros años, dado que son la base de la salud, el crecimiento y el desarrollo en el futuro. Durante este periodo, las niñas y los niños aprenden más rápidamente que en cualquier otra época. Los recién nacidos y lactantes se desarrollan con mayor rapidez y aprenden más cuando reciben amor y

afecto, atención, aliento y estímulos mentales, así como alimentos nutritivos y una buena atención de la salud.

Todos los niños tienen el derecho a recibir atención de la salud, una buena alimentación, educación y protección contra las lesiones, el maltrato y la discriminación.

d. DIMENSION BIOLÓGICA

A través del movimiento de su cuerpo, el niño va adquiriendo nuevas experiencias que le permite tener un mayor dominio y control sobre si mismo y descubre las posibilidades de desplazamiento con lo cual paulatinamente, va integrando el esquema corporal, también estructura la orientación espacial al utilizar su cuerpo como punto de referencia y relacionar los objetos con él mismo. En la realización de actividades diarias el niño va estableciendo relaciones de tiempo, de acuerdo con la duración y sucesión de los eventos y sucesos de su vida cotidiana. Los aspectos de desarrollo que constituyen esta dimensión son:

- Integración del esquema corporal: Es la capacidad que tiene el individuo para estructurar una imagen interior (afectiva e intelectual) de si mismo.
- Relaciones espaciales: Es la capacidad que desarrolla el niño para ubicarse en el espacio, los objetos y las personas con referencia así mismo y a los demás.
- Relaciones temporales: Es la capacidad que desarrolla el niño, ubicar hechos en una sucesión de acontecimientos, que favorecerá la noción temporal.

Dentro de las características biológicas de los niños menores de 5 años, tenemos las mas importante:

De 0 a 1 año

Desarrollo físico: Al nacer, los bebés no pueden controlar los movimientos de su cuerpo. La mayoría de sus movimientos son por reflejos. Su sistema nervioso no está completamente desarrollado. Durante los primeros meses, los bebés pueden ver claramente aquellos objetos que se encuentran a aproximadamente 10 pulgadas de su vista. A los seis meses, su visión está más desarrollada. A los cuatro meses, la mayoría de bebés tienen algún control sobre sus músculos y su sistema nervioso. Ellos pueden sentarse con ayuda, pueden mantener la cabeza erguida por períodos cortos de tiempo y pueden darse vuelta y descansar sobre su estómago. A los cinco meses, la mayoría de bebés pueden darse vuelta por sí solos. Los bebés todavía toman una siesta en la mañana y en la tarde. Empiezan a comer y dormir con un horario regular. Comen tres veces al día y toman leche de sus biberones a diferentes horas. Empiezan también a usar vasos y cucharas para comer por sí solos. Pueden sentarse sin ayuda. Ellos gatean con el estómago rozando el piso y levantan su cuerpo sosteniéndose con sus manos y rodillas. A los ocho meses ellos pueden alcanzar y sostener objetos con las manos, recogen objetos con sus dedos pulgar e índice, y aprenden a dejar caer objetos. Empiezan a tirar cosas. Pueden pararse deteniéndose en muebles y pueden caminar si son guiados. Cuando llegan a los doce meses de edad, la mayoría de bebés pesan tres veces su peso al nacer y ellos crecen aproximadamente una pulgada por mes.

Desarrollo social y emocional: Los bebés empiezan a desarrollar confianza en la medida que los padres satisfacen sus necesidades tales como cambiar pañales, alimentarlos cuando tienen hambre y sostenerlos en brazos cuando lloran. Cuando tienen miedo, los bebés lloran y parecen sorprendidos y asustados. Ellos lloran para expresar enojo, dolor y hambre. Esta es su manera de comunicarse. Ellos se emocionan y se

enojan muy fácilmente. Ellos necesitan ser arrullados y consolados. Parece que ellos no pueden distinguir dónde termina su propio cuerpo y dónde comienza un cuerpo ajeno. Los bebés sonríen como respuesta a sonidos placenteros o si tienen su estómago satisfecho. Casi a las seis semanas, ellos sonríen en respuesta a otra sonrisa. A los cuatro meses, ellos sonríen ampliamente y se ríen cuando están contentos, y aprenden a reconocer las voces y caras de sus padres. Los bebés responden cuando se les llama por su nombre. Empiezan a temerle a personas desconocidas. Sienten miedo cuando sus padres los dejan solos. Se sienten enojados y frustrados cuando sus necesidades no son atendidas en un tiempo razonable. Los bebés se hablan a sí mismos frente a un espejo. Empiezan a distinguir entre lo que es y lo que no es permitido. El contacto visual empieza a reemplazar parte del contacto físico que los bebés necesitan.

Desarrollo intelectual: Los bebés balbucean y producen sonidos desarticulados (gorgotean.) Ellos estudian sus propias manos y pies. Se voltean para localizar la fuente de sonidos. Los bebés pueden fijar su mirada y atención en objetos en movimiento. Ellos exploran las cosas con su boca. Se ponen todo lo que pueden agarrar en su boca. Lloran de diferentes maneras para expresar dolor, enojo y hambre. Ellos olvidan las cosas que no pueden ver. Los bebés mueven la mano para decir adiós y aplauden. Ellos responden a instrucciones simples. Buscan aquellas cosas que están fuera de alcance. Emiten sonidos tales como "da da" y "ma ma." Empiezan a "pretender" realizando actos de actividades familiares. Emiten sonidos que pueden ser entendidos por aquellas personas que los conocen bien. Repiten acciones que causan una respuesta, como por ejemplo, si se les da un sonajero, ellos lo hacen sonar y se ríen. A la edad de 12 meses, algunos bebés hablan sus primeras palabras entendibles.

De 1 a 2 años

Desarrollo físico: Los infantes quizás coman menos en cada hora de comida, pero comen más frecuentemente durante todo el día. Ellos mejoran aprendiendo a comer solos, aunque derrames de líquidos y comida deben esperarse. Ellos quizás crezcan menos rápido que durante la infancia. La mayoría camina sin ayuda a los 14 meses. La mayoría camina hacia atrás y sube escalones a los 22 meses. Ellos pueden tomar en vaso con ayuda. Ellos pueden garabatear (hacer rayas) y pueden apilar cubos y bloques.

Desarrollo social y emocional: Rebeldía (llamados berrinches o pataleos) es muy común. Los infantes tienen dificultad compartiendo sus juguetes. Ellos son muy posesivos, quieren hacer cosas independientemente y no recuerdan ninguna de las reglas establecidas. Los infantes muestran aumento en sus temores y tienen cambios rápidos de temperamento. Sus emociones son usualmente intensas pero muy cortas. Las rutinas son muy importantes. Disfrutan jugando ellos mismos o a un lado de (no con) otros niños. Ellos se ven a sí mismos como el centro del mundo. Continuamente preguntan por sus padres. Ellos están más conscientes de sí mismos. Empiezan a expresar nuevas emociones tales como celos, afecto, orgullo y vergüenza.

Desarrollo Intelectual: Los infantes pueden nombrar a personas familiares y objetos. Mantienen su atención por muy corto tiempo. Son curiosos. Usan la palabra "NO" frecuentemente. Señalan los objetos que quieren. Nombran partes del cuerpo y fotos familiares. Pueden imitar sonidos de animales. Los infantes pueden usar los pronombres "yo" y "mío." Pueden sostener un lápiz y garabatear. Pueden combinar dos palabras para formar una oración básica. Pueden usar objetos y cosas

para lo que se han hecho. Ellos empiezan a incluir a una segunda persona en sus juegos simulados.

De 2 a 3 años

Desarrollo físico: Ellos pueden pararse de puntillas. Pueden lanzar y patear la pelota hacia adelante. Ellos caminan, corren, escalan, suben y bajan escaleras sin ayuda y hacen hoyos en la tierra. Saltan con sus pies juntos. Se sienten incómodos con pañales mojados o sucios. A los dos años, empiezan a mostrar interés por aprender a usar el sanitario. Ellos pueden armar y desarmar objetos. Les gusta poner y quitar tapaderas de botellas. A esta edad los niños generalmente son más activos que en cualquier otra etapa de sus vidas.

Desarrollo social y emocional: Ellos tratan de hacerse valer por sí mismos diciendo "NO". Les gusta imitar el comportamiento de los adultos y otras personas. Quieren ayudar con los quehaceres de la casa. Empiezan a jugar simples juegos simulados. Su juego de fantasías es muy corto, simple y no involucra a otros. Algunas veces hacen lo contrario de lo que se les pide. Generalmente, son egocéntricos (se centran en sí mismos) y es muy difícil que compartan. Ellos también disfrutan jugando cerca de (pero no con) otros niños. Se niegan a ayudar. A los 2 años, los niños se sienten más seguros de sí mismos que los niños de un año. Se frustran fácilmente. Ellos aún necesitan seguridad.

Desarrollo intelectual: A los 2 años, los niños expresan sus sentimientos y deseos. Siguen instrucciones simples. Todavía tienen muy poca capacidad de atención. Usan combinaciones de tres o más palabras. Pueden memorizar rimas cortas. Usan objetos para representar otros objetos. Pueden cantar canciones cortas. Los infantes tienen dificultad

tomando decisiones, pero quieren tomar decisiones. A esta edad, los niños empiezan a pensar antes de actuar.

De 3a 4 años

Desarrollo físico: Pueden manejar un triciclo. Pueden atrapar una pelota. Pueden pararse en un pie. Ellos construyen torres con 6 ó 9 bloques. Pueden caminar de puntillas. Pueden saltar horizontalmente. Ellos pueden manipular pequeños objetos como rompecabezas, o poner figuras en su correspondiente lugar. A los tres años pueden manchar o jugar con pintura. Pueden dibujar o pintar en forma circular y horizontal. Ellos crecen aproximadamente 3 pulgadas en un año.

Desarrollo social y emocional: Ellos necesitan conocer reglas claras y cuáles son las consecuencias por romper las reglas. Ellos disfrutan dramatizar con otros niños. Sus emociones son por lo general más profundas pero muy cortas. Ellos necesitan ser estimulados para expresar sus sentimientos con palabras. A los 3 años, los niños empiezan a aprender a compartir.

Desarrollo intelectual: Los pre-escolares aprenden mejor haciendo. Ellos necesitan variedad de actividades. Necesitan espacio tanto dentro de la casa (o la escuela) como afuera. Necesitan un equilibrio entre juegos activos y juegos calmados o callados. Pueden expresar sus necesidades, ideas y preguntas. El tiempo de atención se extiende un poco más de manera que ellos pueden participar en actividades de grupo.

De 4 a 5 años

Desarrollo físico: Corren de puntillas y galopan. Se suben y mueven solos en un columpio. Saltan en un pie. Lanzas la pelota a las manos. Tienen más control sobre los pequeños músculos. Ellos pueden representar cuadros o figuras (por ejemplo, cuadros de flores, personas,

etc.) A ellos les gusta abrir y cerrar cremalleras, abotonar y desabotonar ropa. Se visten por sí mismos. Les gusta amarrar las cintas de sus zapatos. Pueden cortar sobre la línea con tijeras. Pueden hacer diseños y letras básicas. Ellos son muy activos y muy agresivos en sus juegos.

Desarrollo social y emocional: A los cuatro años, los niños tienen amigos imaginarios. Ellos tienden a hablar de sí mismos (jactarse) y ser mandones. Tienen una imaginación muy activa. Necesitan sentirse importantes y estimados. Algunas veces son agresivos pero desean tener amigos y disfrutan estar con otros niños. Disfrutan pretendiendo ser adultos importantes como mamá, papá, el doctor, el cartero, la enfermera o el policía. Ellos aprecian ser elogiados por sus éxitos. Necesitan oportunidades para sentirse más libres e independientes. Los juegos y otras actividades ayudan a los pre-escolares a aprender a tomar turnos.

Desarrollo intelectual: A los 4 años, los niños hacen muchas preguntas, incluyendo "¿Cómo?" y "¿Por qué?". Ellos hablan mucho. Su lenguaje incluye palabras sin sentido y malas palabras. Disfrutan discusiones serias. A esta edad deben entender conceptos básicos tales como números, tamaño, peso, color, textura, distancia, tiempo y posición. Su habilidad para clasificar y la capacidad de razonar están desarrollando.

De 5 a 6 años

Desarrollo físico: El crecimiento de los niños es lento pero constante. Los niños han ganado control de sus músculos mayores. Tienen un buen balance o equilibrio. Se pueden parar en un pie y caminar sobre una viga de madera. Disfrutan haciendo ejercicios físicos. Les encanta probar sus habilidades y fuerza muscular. Disfrutan saltar, correr, dar vueltas (en el suelo) y bailar. Pueden atrapar pelotas pequeñas. Pueden manejar muy bien botones de ropa y cierres. Aprenden a amarrarse las cintas de los

zapatos. Pueden escribir sus nombres. Pueden copiar diseños y figuras, incluyendo números y letras. Pueden usar correctamente utensilios y herramientas con supervisión.

Desarrollo social y emocional: Los niños de edad escolar piensan en ellos mismos hasta que tienen siete u ocho años. Juegan bien en grupos, pero pueden necesitar un tiempo para jugar solos. Muchos niños tienen su mejor amigo y un enemigo también. Prefieren jugar con compañeros del mismo sexo. Por lo general, se quejan uno del otro. Esto sucede por dos razones: primero, para ayudarse a sí mismos a entender las reglas y segundo, para atraer la atención de un adulto. A esta edad, a los niños no les gusta ser criticados y no les gusta fracasar. Es mejor que los niños compitan consigo mismos en lugar de competir con otros niños. Ellos pueden ayudar con pequeñas tareas en casa. Tienen una fuerte necesidad de cariño y atención de sus padres. Ellos comienzan a darle importancia a los sentimientos y necesidades de otras personas. Disfrutan cuidando y jugando con niños menores. Para ellos " lo bueno" y " lo malo," son aquellas cosas que los padres y los maestros aprueban o desaprueban. Empiezan a entender el concepto de moralidad y honradez. Empiezan a desarrollar un buen sentido de humor y disfrutan rimas, canciones y adivinanzas sin sentido. Se disgustan cuando su comportamiento o trabajo escolar es criticado o ignorado.

Desarrollo intelectual: Los niños pueden distinguir entre izquierda y derecha. Su habilidad para hablar y expresarse por sí mismos se desarrolla rápidamente. Esto es importante para triunfar en la escuela. Hablan entre sí de ellos mismos y de sus familias. Cuando juegan, ellos practican el lenguaje y palabras que aprenden en la escuela. Empiezan a entender el tiempo y los días de la semana. Les gustan los chistes, adivinanzas y rimas graciosas. Su atención se prolonga más tiempo.

Pueden seguir historias que los involucra más. Aprenden letras y palabras. A los seis años, la mayoría de niños pueden leer palabras o combinaciones de palabras.

e. DIMENSION PSICOLÓGICA Y/O AFECTIVA

Esta dimensión esta referida a las necesidades de afecto que se dan entre el niño, sus padres, hermanos y familiares con quienes establecen sus primeras formas de relacionar, mas adelante se amplia su mundo al ingresar al jardín de niños, al interactuar con otros niños, docentes y adultos de su comunidad.

La afectividad en el niño se aplica a emociones, sensaciones y sentimientos; su autoconcepto y autoestima están determinadas por la calidad de las relaciones que se establece con las personas que constituyen su medio social. Los aspectos de desarrollo que están contenidos en esta dimensión son:

- **La identidad personal:** que constituye a partir del conocimiento que el niño tiene de sí mismo, de su aspecto físico, de sus capacidades y el descubrimiento de lo que puede hacer, crear y expresar; así como aquello que lo hace semejante y diferente de los demás a partir de sus relaciones con nosotros.

- **Cooperación y participación:** se refiere a la posibilidad de intercambios de ideas, habilidades y esfuerzos para lograr una meta en común. Paulatinamente el niño descubre la alegría y satisfacción de trabajar conjuntamente, lo que gradualmente, lo llevara descentración, y le permite tomar en cuenta los puntos de vista de los otros.

- **Expresión de afectos:** se refiere a la manifestación de sentimientos y estados de animo del niño, como: alegría, miedo, cariño, rechazo, agrado, desagrado, deseo y fantasía, entre otros. Posteriormente, llegara a identificar estas expresiones en otros niños y adultos.

- **Autonomía:** "Autonomía" significa ser gobernado por uno mismo, bastándose así mismo en la medida de sus posibilidades. Es lo opuesto a heteronomía, que quiere decir, ser gobernado por otros.

f. DIMENSION SOCIAL

Esta dimensión se refiere a la transmisión, adquisición y acrecentamiento de la cultura del grupo al que se pertenece, a través de la interrelaciones con los distintos integrantes del mismo, que permite al individuo convertirse en un miembro activo de su grupo. En las interrelaciones con las personas, se produce el aprendizaje de valores y prácticas aprobadas por la sociedad, así como la adquisición y consolidación de los hábitos encaminados a la preservación de la salud física y mental. Estos aprendizajes obtienen por medio de vivencias, cuando se observa el comportamiento ajeno y cuando se participa e interactúa con los otros en los diversos encuentros sociales.

Durante el proceso de socialización, gracias a la interacción con los otros, el niño aprende norma, hábitos, habilidades y actitudes para convivir y formar parte del grupo al que pertenece. Después de que el niño adquiere la identidad personal, al estar inmerso en la cultura de su localidad, región y país, va logrando construir la identidad cultural, gracias al conocimiento y apropiación de la riqueza de costumbres y tradiciones de cada región y de cada comunidad, a la cual se pertenece, en donde existen diversas manifestaciones culturales como: lengua, baile, música, comida, vestimenta, juego y juguetes tradicionales. Se propicia en el niño el conocimiento y aprecio por los símbolos patrios y por momentos significativos de la historia, local, región y nacional.

Los aspectos del desarrollo que contiene esta dimensión son:

- Pertenencia al grupo; se constituye a partir de la relación del individuo con los miembros de su grupo por medio de la interacción; las

oportunidades de cooperar, la practica de normas de convivencia y la aceptación dentro del grupo, le permite sentirse parte de él.

- Costumbres y tradiciones *familiares y de la comunidad*; se refiere a las practicas que cada pueblo ha sido elaborado en su devenir histórico y que expresan en múltiples formas dentro del hogar y comunidad: bailes, cantos, comida, fiestas populares, tradiciones religiosas.

- *Valores nacionales*; se refiere al fortalecimiento y preservación de los valores éticos, filosóficos y educativos, que cohesionan e identifican al pueblo, a partir del conocimiento de la historia del país y de sus características económicas, políticas, sociales y culturales, así como apreciación de los símbolos históricos nacionales.

2.3 PERIODO POST OPERATORIO

Período de cuidados que comienza cuando el paciente termina la cirugía, tiene el propósito de complementar las necesidades psicológicas y físicas directamente después de la cirugía. El despertar de la anestesia suele ir acompañado de sensaciones dolorosas, según el tipo de intervención, por lo que los periodos postoperatorios exigen cuidados especiales. La terapeuta quirúrgica puede dividirse en tres etapas: la preparación preoperatorio, la intervención en sí y el tratamiento postoperatorio, que su vez puede subdividirse en postoperatorio inmediato y mediato.

Se llama preparación preoperatorio tanto a la disposición del quirófano donde va a realizarse la intervención como a la preparación del paciente que va a ser operado. El nivel de salud psíquica del paciente influye en el éxito de la intervención y en la evolución favorable del período postoperatorio. El hecho de una intervención quirúrgica representa para el enfermo una agresión física, con su consecuente dolor, y el desconocimiento de la causa y el significado de ese dolor la crea angustia y desasosiego. Debe ser, por tanto, y en la medida de lo posible,

debidamente informado del tipo de operación, de las prevenciones de éxito y los posibles riesgos que comporte y debe suministrarse una medicación preanestesia que lo relaje y disminuya su ansiedad.

El postoperatorio inmediato se inicia una vez concluida la intervención: abarca las seis horas siguientes, si bien puede prolongarse a veces hasta 36 horas. El paciente es conducido a la sala de recuperación posquirúrgica, donde el equipo especializado controla sus constantes vitales (conciencia, frecuencia respiratoria, presión arterial y pulso) de forma continua. El postoperatorio mediano equivale al período que transcurre desde que el paciente ha sido llevado a la habitación o sala (24 o 48 horas después de la operación) hasta el día en que es dado de alta. En este período se le controlan las constantes vitales de forma más espaciada y se debe restablecer el tránsito intestinal y reiniciar la alimentación normal por vía oral. Asimismo, es fundamental el control frecuente de la temperatura y de la herida operatoria.

Normas de Alimentación

Las normas generales de alimentación en el postoperatorio son las de comenzar por una dieta líquida con sales e hidratos de carbono (zumos de frutas y caldo vegetal) en pocas cantidades pero con cierta frecuencia, para pasar después a una dieta semilíquida con leche desnatada, yogur, purés, sémolas, sopas, etc. El criterio general es comenzar la dieta oral una vez restablecido el tránsito intestinal, teniendo en cuenta la voluntad del paciente y la operación a la cual haya sido sometido. El objetivo de los cuidados postoperatorios es ayudar al paciente a recuperarse de la intervención a la que ha sido sometido y de la anestesia con la mayor rapidez, comodidad y seguridad posible.

Post Operatorio

En esta etapa del proceso quirúrgico, el paciente o familiar debe recibir una instrucción clara, además de algunos cuidados generales y otros específicos según el procedimiento que se halla realizado. En esta fase se debe ofrecer apoyo permanente al paciente, ya sea por parte de su propio cirujano o por otros que pertenezcan a su equipo. El Hospital o Clínica donde se realicen las intervenciones, debe contar con un área adecuada de recuperación y hospitalización. Nos referimos aquí a los aspectos generales, las instrucciones post operatorias específicas se encuentran en cada uno de los procedimientos.

Reposo

Este puede ser absoluto, es decir descanso permanente en cama, o relativo, en el cual se recomiendan actividades que no requieran esfuerzo mayor y se restringen otras que si lo precisen como por ejemplo: levantar objetos pesados y conducir. Dependiendo de cada operación se indicara el reposo de manera mas especifica.

En cuanto al ejercicio físico, este se podrá reiniciar hacia la 4ta semana aproximadamente, teniendo en cuenta algunas variaciones en este patrón, dependiendo del tipo de operación y del comportamiento del organismo de cada paciente.

Antibióticos

Existe controversia entre los cirujanos acerca de si se debe o no utilizar antibióticos de rutina antes y después de las intervenciones. Sin embargo se siguen utilizando de manera preventiva por la mayoría, con el propósito de proteger al paciente de potenciales procesos infecciosos.

Analgésicos y Anti-inflamatorios

En general todas las operaciones pueden producir algunas incomodidades transitorias, entre ellas el dolor y en la gran mayoría de los post-operatorios se producen molestias tolerables. De cualquier forma contamos con una gran variedad de medicamentos para manejar el dolor, el cual varía, dependiendo de cada paciente y su respuesta personal ante estos factores. Además de los analgésicos, también podemos recurrir a algunos Anti inflamatorios, preferiblemente del tipo enzimático, los cuales promueven la desinflamación y la recuperación de los tejidos de manera más natural y fisiológica.

Cuidados Locales

Después de cualquier intervención, se deben practicar "curaciones" periódicas de las heridas resultantes. Estas se practicarán por parte del paciente en su residencia y en el consultorio o clínica por parte del cirujano o personal de su grupo medico. El aspecto más importante en una curación es la limpieza o lavado de las heridas quirúrgicas. Algunas veces se cubrirán con alguna crema, con gasa o apósitos y en otros casos se dejarán descubiertas.

De igual manera se recomienda evitar la exposición directa al sol por un lapso que va de 4 a 12 semanas, evitando así mayor inflamación y la aparición de manchas (hiperpigmentación) en zonas con cicatrices recientes o que persistan con algún morado (equimosis).

Seguimiento Médico

Se estima de vital importancia el control medico post-operatorio periódico por parte del cirujano, ya que solo de esta manera se tendrá una visión adecuada de la evolución del proceso, permitiendo realizar los ajustes necesarios en las recomendaciones y en el tratamiento médico indicado.

Otra razón muy importante para mantener contacto estrecho con el paciente, es el apoyo emocional, el cual genera confianza y seguridad en esta importante etapa del proceso quirúrgico.

2.4. UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST ANESTESICA

La anestesiología tiene unos 150 años de existencia, mientras que la Recuperación apenas 30. Las primeras bases de una Recuperación las puso Nightengale en 1863, mediante una sala adjunta al quirófano para que los pacientes se recuperaran de la anestesia. En 1923 se describe la existencia de 3 camas neuroquirúrgicas para cuidar el postoperatorio de pacientes en el Johns Hopkins Hospital. En 1942 la Mayo Clinic crea 4 Post Anesthetics Care Units (PACU). En 1949 el comité de seguridad de los quirófanos de la ciudad de Nueva York define que la Pacu es necesaria en todas las áreas quirúrgicas. Los años 50 y 60 se impone la ventilación mecánica en el postoperatorio de muchos pacientes, lo que obliga a tenerlos en una unidad específica. Los años 70 y 80 las PACUs se van convirtiendo en Unidades de Cuidados Intensivos, siendo cada vez más difícil de diferenciar entre ellas. Los años 90 destacan por la aparición de la CMA, lo que obliga a una nueva adaptación de las Unidades de Recuperación.

Así pues en la actualidad coexisten varios tipos de Unidades de cuidados postoperatorios, dependiendo de la intensidad, permanencia y dotación, reciben nombres variados pero el concepto es el cuidado postoperatorio el tiempo necesario y con los medios suficientes para que se recupere de la anestesia y la agresión quirúrgica y pueda ir a la sala, o a su domicilio en condiciones de seguridad suficientes, o en su defecto a una unidad de cuidados críticos más prolongados.

Los cuidados postoperatorios forman parte de los estándares de la ASA y en ellos se obliga desde el año 1988:

- Todo paciente anestesiado debe pasar por una Unidad de Recuperación
- Debe ser transferido por un Anestesiólogo
- Entregado a la enfermera de recuperación
- Controlada y documentada su estancia
- Supervisada por un médico responsable que conozca y trate las complicaciones postanestésicas
- El alta es responsabilidad de un médico
- Los protocolos de alta deben ser realizados por el Departamento de Anestesiología.

a. DISEÑO DE LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN

La ubicación debe hacerse lo más cerca del área quirúrgica posible. Se le debe dotar de acceso a Banco de Sangre, Laboratorios y radiología. Es deseable que se halle cerca de una unidad de Reanimación o de cuidados Críticos. Se recomienda que existan 1,5 camas o camillas por cada quirófano del área quirúrgica que deba atender. Si la duración del programa quirúrgico es continuada (caso de Urgencias), se recomienda que halla 2 camas por cada 4 intervenciones en 24 horas. Debe haber una cama con aislamiento para pacientes inmunosuprimidos o contaminados. Es conveniente que halla un lugar específico para pacientes pediátricos.

b. MONITORIZACIÓN

En general la monitorización para el período postoperatorio inmediato debe de ser la misma que durante la intervención quirúrgica. En la sala de Recuperación debe haber:

- Oxígeno, aspirador, tomas eléctricas
- Aparato de toma de presión arterial automático
- E.C.G. en monitor cada box y un aparato de electrocardiograma en papel por cada unidad

- Pulsoxímetro en cada box
- Laringoscópio, ambú, tubos endotraqueales, de mayo, máscaras de oxígeno etc.
- Dependiendo del tipo de cirugía o de la gravedad de los pacientes, puede ser necesaria la presencia de algún respirador, así como monitorización invasiva y todos los elementos precisos para la seguridad de los pacientes.

c. RECURSOS HUMANOS

Normalmente se considera suficiente la presencia de una enfermera por cada 3 camillas de recuperación, en una Unidad de Reanimación general. En Unidades específicas con pacientes de mayor gravedad, la proporción sería de 2 enfermeras por paciente e incluso de una enfermera por paciente. Lo ideal es que haya un Anestesiólogo responsable de toda la Unidad, pero en otros Hospitales "cada" Anestesiólogo, se ocupa de "sus" pacientes, vigilados por las enfermeras.

La responsabilidad del Alta será en el primer caso del anestesiólogo responsable de la Unidad y en segundo caso responsabilidad de "cada" anestesiólogo.

d. CUIDADOS EN RECUPERACIÓN

Tanto los pacientes sometidos a una anestesia general, como los sometidos a anestesia local regional, deben ser controlados en Recuperación. Este control debe comenzar por el transporte a la misma, la posición que debe adoptar, la necesidad o no de oxigenoterapia y el método de administración de la misma.

Una vez allí normalmente se considera que deben tomarse las constantes de pulso, presión arterial y frecuencia respiratoria al menos cada 15 minutos la primera hora. La pulsioximetría ha llegado a ser una monitorización de

rutina en Recuperación ya que detecta la hipoxia mucho más rápidamente que con la observación clínica.

Las enfermeras deben estar entrenadas en la estimulación y fisioterapia respiratoria, así como en la detección precoz de la hipoxia, hipotensiones, arritmias y otros signos y síntomas amenazadores para la vida. El tiempo de estancia en Recuperación debe establecerlo el Anestesiólogo y depende del tipo de anestesia, cirugía realizada, estado previo, etc. Dado que es tan variado debe ser el responsable de la Unidad el que haga la valoración de todo ello para dar el alta en condiciones de seguridad. Según sea el alta a sala al domicilio o a otra unidad de cuidados críticos.

e. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE ANESTESIOLOGIA

- Traslado al paciente desde el quirófano hasta la URPA por el anestesiólogo.
- Informe verbal al anestesiólogo responsable de la URPA aportando pruebas documentales de su estado (documento de registro de eventos y monitorización durante la anestesia).
- Monitorización continua del paciente durante su estancia en la URPA.
- Registro de cuidados practicados (documento de registro de eventos y monitorización durante la estancia en URPA).
- Firma del alta por parte del anestesiólogo responsable cuando el paciente cumpla los criterios de alta de la Unidad.

e.1. PROBLEMAS FRECUENTES EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO

e.1.1. DOLOR POST-OPERATORIO

La analgesia postoperatoria puede ser un beneficio residual de la anestesia, como los bloqueos tronculares, la raquídea o peridural o el efecto prolongado de un analgésico potente, como el metosifluorano; o también el resultado de técnicas específicas como infiltración de las heridas con anestésicos locales antes de terminar el procedimiento.

e.1.2. AGITACIÓN

La agitación postoperatoria es frecuentemente secundaria al dolor, hipoxemia, hipercapnia, distensión gástrica, dilatación de la vejiga por la retención urinaria. La agitación producida por la ketamina, la somnolencia y desorientación producidas por las fenotiazinas, escopolaminas, droperidol y barbitúricos pueden ser adecuadamente controlados administrándose 4 mgrs de fisostigmine. El delirio y la agitación en muchos casos pueden ser graves y se hace necesario sujetar a los pacientes fuertemente para evitar que se autolesionen.

e.1.3. HIPOXEMIA

Las causas más importantes de la hipoxemia en el postoperatorio son:

- a. Baja concentración de oxígeno inspirado.
- b. Ventilación.
- c. Alteración a la reacción de perfusión.
- d. Incremento del cortocircuito intrapulmonar.
- e. Extracciones de la vía aérea.

Factores como la edad avanzada, el escalofrío, la disminución del gasto cardíaco pueden aumentar el grado de hipoxemia en los pacientes posquirúrgicos que presentan cortos circuitos intra pulmonares.

e.2. RETARDO EN LA RECUPERACIÓN DE LA CONSCIENCIA

Las causas más comunes de estas son:

1. Prolongado efecto anestésico o sobredosis.
2. Insuficiencia respiratoria.
3. Incidente crítico intraoperatoria.
4. Anormalidades en la homeostasia.
5. Inbalance de líquidos o electrolitos.
6. Respuesta alérgica o atípica a las drogas.

e.3. VALORACIÓN NEUROLÓGICA DEL PACIENTE EN RECUPERACIÓN

La escala de coma de Glasgow, se usa comúnmente para la evaluación del paciente en estado neurológico con trauma craneoencefálico pero también se puede usar para evaluar el estado neurológico en la neurocirugía.

Por lo general el tiempo de recuperación para una misma intervención es mayor, cuando el paciente ha recibido anestesia regional que cuando ha recibido anestesia general; Sin embargo la recuperación es más confortable.

e.4. PUNTAJE DE RECUPERACIÓN POSTANESTÉSICA

Se acostumbra a controlar la recuperación del puntaje mediante puntajes que son registrados en la hoja de anestesia, para lograr una evolución y apreciación del paciente, el más conocido es el Aldrete.

e.5. CRITERIOS PARA AUTORIZAR EL ALTA DEL PACIENTE

Los más importantes son:

1. El paciente debe ser capaz de proteger su vía aérea.
2. Debe estar hemodinámicamente estable, si es ambulatorio, que pueda caminar sin desarrollar hipotensión postural.

3. El paciente debe estar totalmente recuperado de los efectos de la anestesia.
4. Antes de la salida se debe evaluar la adecuada medición y cuidado postoperatoria.
5. El paciente de salir confortable desde el punto de vista de alivio y de dolor pero no pesadamente sedado.
6. El paciente debe estar listo para recibir los chequeos anterior a su salida y el monitoreo para transporte y esperar al grupo de la unidad U.C.I.

2.5. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE POSTOPERADO INMEDIATO

a. CONTROL DE LOS SIGNOS VITALES.

a.1. Proceder a la monitorización y registro de los signos vitales.

Se controlan durante la primera hora cada 15 minutos, luego cada hora y cuando se estabilicen las constantes, cada 2 horas. Control de:

- E.C.G
- Tensión arterial.
- Frecuencia cardíaca.
- Saturación de oxígeno.
- Respiraciones.
- Temperatura
- Diuresis.

a.2. Durante las primeras horas del postoperatorio pueden existir varias complicaciones que pueden afectar a los signos vitales:

- Dolor: El dolor del paciente postoperado, puede causar hipertensión y taquicardia como respuesta del sistema nervioso simpático.
- Depresión respiratoria.
- Pérdida de líquido y sangre.

a.3. Observar si los signos vitales oscilan y si hay otros signos o síntomas que nos puedan indicar hemorragia:

- Hipotensión, taquicardia,
- Intranquilidad, inquietud.
- Piel fría y sudorosa.
- Palidez.
- Comprobar los apósitos y las bolsas de drenaje en busca de sangre.
- El caso de que se confirme la hipovolemia aumentar el ritmo de perfusión y avisar al medico.
- Puede ser que la causa de la hipotensión y taquicardia sea por los agentes anestésicos administrados, en tal caso estimular al paciente para que respire mas profundamente y mueva las piernas.

b. VIGILAR LA POSICIÓN DEL PACIENTE

- Seguir las indicaciones del médico la posición del enfermo decúbito supino o semisentado a 30°, decúbito lateral
- Colocar al paciente en una posición adecuada para mantener las vías aéreas libres.

c. PROCEDER A LA ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO.

- Se administra oxigeno a los pacientes que presentan hipoventilación y no mantienen Sat de O₂ adecuadas.
- Se le administrará oxigeno a los pacientes con una importante hipoxia, por ejemplo a pacientes con una EPOC avanzada.

d. VALORAR EL ESTADO NEUROLÓGICO DEL PACIENTE

d.1. Verificar el nivel de conciencia

- Despierto: Tiene los ojos abiertos, buena respuesta verbal y orientado (responde con claridad a las preguntas).
- Somnoliento: Responde a estímulos verbales y motores.

- Inconsciente: No responde a estímulos.

d.2. Valoración de la función motora:

- Grado de movilidad y sensibilidad de las extremidades.
- Reacción pupilar a la luz.

e. CONTROLAR EL DOLOR DEL PACIENTE.

e.1. Efectuar una valoración del dolor del paciente utilizando escalas de valoración de la intensidad del dolor:

- 0--- No dolor.
- 1--- Dolor leve, ligero.
- 2--- Dolor moderado.
- 3--- Dolor grave, intenso.
- 4--- Dolor muy intenso.

e.2. Observar signos y síntomas de dolor.

- Pulso rápido.
- Respiración rápida y mas profunda.
- Aumento de la presión arterial.
- Sudoración, palidez.
- Tensión muscular (en cara y cuerpo)
- Nauseas y vómitos si el dolor es intenso.
- Otros: postura rígida, inquietud, llanto, gemidos.

e.3. Administración de la analgesia prescrita

- El paciente puede moverse, realizar respiraciones profundas y toser con mas facilidad cuando no tiene dolor.
- En el postoperatorio se pueden administrar fármacos narcóticos y no narcóticos para mitigar el dolor. Los fármacos narcóticos actúan principalmente en el sistema nervioso central; los analgésicos no narcóticos y los AINE en el sistema nervioso periférico.

e.4. Control de los efectos secundarios

- Los analgésicos narcóticos pueden provocar diferentes efectos adversos como:

- * Nauseas, vómitos y estreñimiento.

- * Depresión respiratoria. La naloxona es un fármaco que invierte los efectos de los narcóticos

- Los AINE pueden presentar problemas como:

- * Irritación gástrica.

- * Prolongación del tiempo de hemorragia

- * Hepatotoxicidad.

- * Necrosis papilar renal.

- * Hay que asegurarse de que el paciente no se encuentra bajo la terapéutica anticoagulante y que no presenta antecedentes de alteración renal o hepática, hemorragia o úlceras gastrointestinales.

f. CONTROLAR LAS ASPIRACIONES DIGESTIVAS Y DRENAJES.

- Controlar las aspiraciones de la sonda nasogástrica (si está indicada), anotar la cantidad y el color de las secreciones.

- Controlar las secreciones de los drenajes (si los hay) y controlar si hay hemorragia por los mismos.

g. EFECTUAR ASPIRACIÓN DE SECRECIONES.

- Proceder a la aspiración de secreciones en el caso de hipersecreción bronquial, introduciendo una sonda nasofaríngea o bucofaríngea para poder mantener limpias las vías respiratorias.

h. RECOGER INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE.

- Identidad del paciente

- Sobre el tipo de intervención realizada.

- El tipo de anestesia.

- Antecedentes del paciente.

- Complicaciones que hayan surgido durante la intervención
- Fármacos utilizados y conocer los posibles efectos adversos.
- Volumen de líquidos administrados y sangre o derivados.
- Conocer numero de catéteres, vía central, sonda vesical, sonda nasogástrica y otros.
- Obtener las ordenes medicas sobre el tratamiento del paciente.

i. OTROS CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO

i.1. CONTROLAR LA HIPOTERMIA DEL PACIENTE

- Colocarle mantas si presenta temblores (hipotermia)
- Controlar la temperatura hasta que el paciente recupere su temperatura normal y desaparezcan los temblores.

i.2. CONTROLAR LAS NAUSEAS Y LOS VÓMITOS.

Evitar el riesgo de que sufra una aspiración, procediendo a:

- Cabecera de la cama elevada.
- Si vomita colocar al paciente en decúbito lateral.
- Tener a mano el equipo de aspiración.
- Registrar la cantidad aproximada y contenido de los vómitos.
- Administrar fármacos antieméticos según prescripción medica.
- El dolor puede contribuir a padecer nauseas y vómitos. Verificar si el paciente tiene dolor.

i.3. FACILITAR LA HIGIENE DEL PACIENTE.

- Mitigar la sed del paciente, utilizando una gasa húmeda
- Si vomita proceder a la limpieza de la boca.
- Mantener la cama limpia.

- Observar los apósitos y drenajes para asegurarse de que estén secos, una fuga puede producir irritaciones. Si fuera necesario proceder al cambio de apósitos y drenajes.
- Examinar la piel en busca de irritaciones.

i.4. CONTROLAR EL ILEO PARALÍTICO.

- Comprobar los ruidos intestinales.
- Observar la aparición de signos como náuseas y vómitos.
- Si el paciente lleva una sonda nasogástrica, asegurarse de que esta bien colocada en el estomago y de que el funcionamiento es el correcto, esto prevendrá una posible aspiración y reducirá la presión sobre las suturas gástricas.
- Anotar la cantidad y tipo de drenaje de la aspiración de la sonda nasogástrica
- Examinar si presenta intolerancia a los líquidos. La tolerancia de líquidos se inicia después de unas horas de postoperatorio, puede que el paciente se encuentre en su unidad quirúrgica.

i.5. CONTROLAR LA DIURESIS Y LA POSIBLE RETENCIÓN URINARIA

- El control de la diuresis es un aspecto importante en la valoración postoperatoria del estado renal del paciente.
- Observar atentamente si se producen variaciones importantes en la diuresis como respuesta a las sobrecarga de líquidos y diuréticos.
- La hematuria sugiere la posibilidad de reacción a una transfusión sanguínea o lesión en el sistema renal; comunicarlo inmediatamente.
- Si el paciente no consigue orinar dejar correr el agua del grifo, meter las manos en agua templada etc. Como ultima medida se procederá a realizar el sondaje vesical.

- Asegurarse de que no tiene dolor, ya que el dolor puede favorecer la retención urinaria. También los narcóticos pueden favorecer la retención urinaria.

i.6. FAVORECER EL BIENESTAR DEL PACIENTE

- Que el paciente este lo mas cómodo posible.
- Tranquilizar al paciente.
- Indicarle al paciente la conveniencia de que trasmita los problemas que tenga como dolor, nauseas y vómitos, frío, etc.
- Asegurarle de que no estará solo y que permanecerá vigilado permanentemente.
- Asegurar la intimidad del paciente.

G. HIPÓTESIS

Hp 1: Los padres de familia de los niños menores de 5 años post operados durante su estadía en la unidad de recuperación post anestésica poseen participación baja en el cuidado de su niño.

Hp 0: Los padres de familia de los niños menores de 5 años post operados durante su estadía en la unidad de recuperación post anestésica poseen participación alta en el cuidado de su niño.

H. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TERMINOS

1. PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA

Conjunto de actividades proporcionadas por el padre de familia a su hijo menor de 5 años post operado a través del cuidado que le brindará durante su estadía en una determinada unidad; logrando así una experiencia positiva para su restablecimiento biofísico, psicológico y social; el cual será obtenido mediante un cuestionario y medido en participación alta, participación media y participación baja.

2. CUIDADO

Conjunto de acciones que los padres de familia brindan a su niño menor de 5 años post operado, que están orientados hacia un objetivo de búsqueda del bienestar integral en la vida cotidiana y lograr el desarrollo humano del niño en la dimensión biológica, psicológica y social; regulando los factores que afectan su desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

3. NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD

Son aquellos niños que se caracterizan por interés en el medio ambiente que los rodea, explorar y manipular como responden los objetos y tener mayor interacción con los padres lo cual los hacen mas dependientes de estos. Se encuentran desde el periodo post-natal (desde el nacimiento hasta los 28 días de vida) hasta la etapa pre-escolar (desde los 2 años hasta los 5 años de vida); abarcando, así mismo, el periodo de lactancia que se extiende desde los 28 días hasta los 24 meses.

CAPÍTULO II

MATERIAL Y METODO

A. TIPO, NIVEL Y METODO DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación que se realizó es de tipo cuantitativo, pues trata de medir de manera numérica los resultados que se obtendrán según la variable Nivel de Participación de los Padres de Familia en el cuidado de los niños menores de 5 años post operados durante su estadía en la unidad de recuperación post anestésica.

El nivel de investigación del presente proyecto es aplicativo, porque a contribuido a solucionar el problema de estudio.

El método de investigación es descriptivo – simple, porque se encarga de describir la variable de estudio mencionada; según el periodo y secuencia del estudio es transversal porque la variable se estudió en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

B. SEDE DE ESTUDIO

El Área de estudio será el Servicio de Centro Quirúrgico del Instituto Especializado de Salud del Niño, ubicado en la Av. Brasil N° 600 en el Distrito de Breña.

Esta es la Institución de IV nivel de complejidad de atención que presta servicios al individuo de 0 – 17 años. El Servicio de Centro Quirúrgico esta ubicado en el 7° piso del Mono Block, cuenta con una infraestructura comprendida en los siguientes ambiente: Zona Libre y de ropería, Jefatura Medica de Anestesiología, Star Medico,

Jefatura de Enfermería, 08 salas de operaciones (06 salas operativas con programación diaria, 01 sala de procedimientos del Servicio de Hemodinámica y 01 sala de Emergencia), 01 Sala de Recuperación Post Anestésica con capacidad de atención de 10 pacientes, central de Esterilización, zona de distribución de material estéril, zona de lavado y preparación de material quirúrgico, lavaderos quirúrgicos, vestidores y servicios higiénicos de enfermeras y médicos, almacén de insumos médicos, cuarto de almacén de ropa sucia y residuos sólidos, servicio de limpieza, etc.

El personal que labora en el servicio esta conformado por 35 Enfermeras de centro quirúrgico , 01 Enfermera jefa y 01 Enfermera Jefa Supervisora; 26 Médicos anesthesiologists distribuidos: 03 en Cirugía de Día y 23 médicos en las cirugías mayores, 01 medico jefe y 01 medico jefe del Servicio de Anestesiología y Centro quirúrgico; 37 Técnicos de enfermería distribuidos en las diferentes asignaciones de dicho servicio.

El horario de trabajo del personal de enfermería es de 7am – 1pm (turno mañana); 1pm - 7pm (turno tarde) y de 7pm – 7am (turno noche).

Las enfermeras asistenciales y personal técnico de enfermería esta distribuido de la siguiente manera:

Enfermera: Por turno hay un promedio de :

- Mañana: 22 enfermeras
- Tarde: 6 enfermeras
- Noche: 2 enfermeras

Técnicas de Enfermería: Por turno hay un promedio de :

- Mañana: 12 técnicas de enfermeras
- Tarde: 8 técnicas de enfermeras
- Noche: 2 técnicas de enfermeras

La atención de intervenciones quirúrgicas por emergencias son realizadas durante las 24 horas del día y de acuerdo a la disponibilidad de médicos anestesiólogos y quirófanos según prioridad diagnóstica.

C. POBLACIÓN Y/O MUESTRA

La población de estudio serán los padres de familia de los niños menores de 5 años post operados en la Unidad de Recuperación Post Anestésica, por lo tanto para homogenizar se tendrán los siguientes criterios:

1. Criterios de Inclusión:

- Padres de familia (padre o madre) de niños de sexo femenino y masculino que tengan edades menores de 5 años 11 meses 15 días.
- Padres de familia (padre o madre) de niños de sexo femenino y masculino operados de cirugías mayores.
- Padres de familia (padre o madre) de niños de sexo femenino y masculino que después de la cirugía pasen a la unidad de recuperación post anestésica de cirugía mayor.
- Niños post operados que se encuentren en la Unidad de Recuperación Post Anestésica en un máximo de tiempo de las primeras 6 horas post operatorias.
- Padres de familia (padre o madre) de niños de sexo femenino y masculino que después de la cirugía se hospitalicen o sean ambulatorios.

2. Criterios de Exclusión:

- Padres de familia (padre o madre) de niños de sexo femenino y masculino que después de la cirugía pasen a la UPO o UCI.
- Otros familiares como: tíos, primos, abuelos, tutores, etc.

D. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOJOS DE DATOS

Para la recolección de datos de acuerdo al tema de estudio, los objetivos y el método empleado se utilizaron la siguiente técnica e instrumento:

La técnica que se utilizó fue la entrevista, con el objetivo de obtener información sobre la participación de los padres de familia en el cuidado de su niño post operado; dado que la comunicación interpersonal que se estableció entre el investigador y el sujeto de estudio nos llevó a obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto y especificar claramente la información que se necesitaba.

El instrumento utilizado fue el cuestionario estructurado, que tiene como fin facilitar la obtención, cuantificación, análisis e interpretación de los datos que proporcionó el grupo de estudio; siendo en este caso los padres de familia de los niños menores de 5 años post operados en la Unidad de Recuperación Post Anestésica.

El cuestionario está conformado por un título, presentación, instrucciones, datos generales y datos específicos el cual consta de 20 ítems (Ver Anexo D); de las 20 preguntas: 8 de estas tuvieron un valor de 4 puntos (respuesta correcta), las restantes un valor de 2 puntos (respuesta correcta) y 0 puntos por respuesta incorrecta.

Para determinar la validez de los datos específicos del instrumento, fue sometido a juicio de expertos de 8 profesionales conformados por: 7 enfermeras que laboran y realizan la docencia en el Instituto Especializado de Salud del Niño y el Médico Jefe del servicio de Centro Quirúrgico; que sometido estadísticamente a la Prueba Binomial se obtuvo $p=0.048$ (si $p < 0.05$) por lo que la concordancia es significativa (Ver Anexo G). Una vez concluido el juicio de expertos se procedió a dar inicio a la recolección de datos tomando en cuenta todos los criterios de inclusión y exclusión.

E. PLAN DE RECOJO DE PROCESAMIENTO Y DE PRESENTACION DE DATOS

Para llevar a cabo la recolección de datos se solicitó el permiso respectivo del Instituto Especializado de Salud del Niño (ISN), dirigido al Director General de la Institución. Así mismo, se realizó una entrevista con el médico y enfermera jefe del Servicio de Centro Quirúrgico para informarle del proyecto de investigación a realizar en dicho servicio para su coordinación correspondiente y a la vez manifestarle el objetivo de la

investigación, tiempo de duración de la recolección de los datos (3 semanas) y la población de estudio.

Una semana antes de la recolección de datos se identificó y cuantificó el numero de niños menores de 5 años post operados en la unidad de recuperación post anestésica que fluctuaba de 2 a 3 pacientes. Se recolectó los datos según cronograma establecido (Ver Anexo E).

La metodología de la recolección de datos fue de la siguiente manera: se inicio con la presentación de la investigadora a los padres de familia presentes explicándoles de manera sencilla el objetivo del instrumento y los datos que se desea obtener. La entrevista fue al padre y a la madre del niño menor de 5 años post operado de forma personal, para ambos casos esta información fue obtenida en el ambiente donde el niño se encontraba en un tiempo de 15 minutos por cada entrevistado en los días de lunes a viernes de 11 AM – 5 PM.

Se culminó la recolección de datos hasta que se entrevistó a todos los padres de familia que acudieron los días programados para la aplicación del instrumento, haciendo un total de 26 entrevistados (18 madres y 8 padres). La duración de la recolección se llevo a cabo en un lapso de 3 semanas iniciando desde la segunda semana de noviembre hasta fines del mes.

Una vez obtenido los datos proporcionados por los padres de familia que conformaron la muestra, se procedió al procesamiento de datos en forma manual a través de una matriz de datos de modo que permita el análisis global de la muestra utilizando el Libro de Codificación (Ver Anexo F) a fin de presentar la información en cuadros estadísticos.

F. PLAN DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Para el análisis estadístico de la variable Nivel de Participación, se utilizo la escala de Stanones categorizándolas:

Para Nivel de Participación:

Total : 52 puntos (20 preguntas)

- Participación Alta : 29 - 52
- Participación Media : 20 - 28
- Participación Baja : 0 - 19

Luego de realizar el recuento de los datos, se procedió a presentarlos en cuadros estadísticos de tal modo que la información sea susceptible de análisis e interpretación en forma concreta, breve y ordenada en concordancia con los objetivos de estudio, utilizando la base teórica para la sustentación de los hallazgos

G. CONSIDERACIONES ETICAS

Al iniciar el presente trabajo de investigación se tuvieron en cuenta todas las consideraciones éticas respectivas, como: los documentos que se enviaron para la autorización de la recolección de los datos del presente estudio, los oficios que se presentaron a los expertos para evaluar el instrumento a utilizar y la presentación escrita y verbal que se realizó durante la ejecución del cuestionario hacia los padres en estudio, donde se mantuvo en anonimato sus nombres.

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSION

Respecto a los datos generales, tenemos que de 26 (100 %) Padres de Familia; 13 de estos (50%) se encuentran entre las edades de 29-35 años de edad, así mismo se observa que en promedio 8 padres de familia (30.77%) se encuentran entre las edades mayores de 36 años; en cuanto al parentesco se observó que 18 de ellos (69.23%) son madres y 8 (30.77%) son padres; respecto a la ocupación se extrae que en promedio 19 de ellos (73.08%) son amas de casa y comerciantes, 7 (26.92%) se desempeñan como profesionales y empleados. (Ver Anexo I , J, K).

CUADRO N° 1

**NIVEL DE PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA EN EL
CUIDADO DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS POST
OPERADOS - UNIDAD DE RECUPERACIÓN
POST ANESTÉSICA – ISN
NOVIEMBRE-DICIEMBRE
LIMA – PERÚ
2008**

NIVEL DE PARTICIPACIÓN	PADRES DE FAMILIA	
	N °	%
ALTA	05	19.24
MEDIA	13	50.00
BAJA	08	30.76
TOTAL	26	100

En el cuadro N° 1 referente al Nivel de Participación de los Padres de Familia en el cuidado de los niños menores de 5 años post operados, se observa que de un total de 26 padres de familia encuestados (100%), en promedio 21 padres de familia (80.77%) presentan Nivel de Participación Media a Baja y 5 padres de familia (19.23%) con Nivel de Participación Alta.

La Participación de los Padres de Familia es el conjunto de actividades proporcionadas por parte de los padres hacia sus hijos a través del cuidado que se le brinda orientados hacia un objetivo de búsqueda del bienestar integral y lograr el desarrollo humano del niño respondiendo de manera constante a sus necesidades en las dimensiones biológicas, psicológicas y/o afectivas y social.

Hay una Participación Media a Baja por parte de los padres de familia evidenciándose algunas actividades que se desarrollan de forma pasiva en el cuidado del niño en las dimensiones biológica, psicológica y/o afectiva (Ver cuadro N° 2); por lo que dejan de lado el trato afectivo, cuidado físico y continuo por parte de los padres, ocasionando una disminución en la estimulación y satisfacción del niño, lo cual repercutirá en el desarrollo físico y psíquico. Por lo que un cuidado participativo permitirá una mejor recuperación, comunicación con el equipo de salud y un aumento del saber familiar que conllevará a una recuperación satisfactoria del niño post operado.

Por lo tanto, se puede decir que la Participación de los Padres de Familia en el cuidado de su niño post operado es de Participación Media ya que ésta no ha alcanzado a lograr una experiencia positiva en su totalidad que permita enlazar el vínculo familiar y enfrentar con éxito la situación de estrés durante el periodo post operatorio.

CUADRO N° 2

**NIVEL DE PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA SEGÚN
DIMENSIONES - UNIDAD DE RECUPERACIÓN
POST ANESTÉSICA – ISN
NOVIEMBRE-DICIEMBRE
LIMA – PERÚ
2008**

NIVEL DE PARTICIPACIÓN	DIMENSIONES					
	BIOLOGICA		PSICOLOGICA		SOCIAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
ALTA	05	19.23	05	19.23	07	26.92
MEDIA	15	57.69	16	61.54	14	53.85
BAJA	06	23.08	05	19.23	05	19.23
TOTAL	26	100	26	100	26	100

En el cuadro N° 2, respecto al Nivel de Participación de los Padres de Familia según la dimensión biológica, se observa que de un total de 26 padres de familia encuestados (100%), en promedio 21 padres de familia (80.77%) presentan Nivel de Participación Media a Baja y 5 padres de familia (19.23%) con Nivel de Participación Alta.

El ser humano es una unidad biopsicosocial, constituida por distintos aspectos que presentan diferentes grados de desarrollo, de acuerdo con sus características físicas, psicológicas y su interacción con el medio ambiente. La dimensión biológica del niño menor de 5 años es a través del movimiento de su cuerpo; el niño va adquiriendo nuevos cambios corporales que le permiten tener un mayor dominio y control sobre si mismo. Entre estas tenemos que destacar las funciones biológicas de auto-conservación, de adaptación a situaciones nuevas, conquista de su autonomía, el lenguaje se va desarrollando, va alcanzando madurez para acceder nuevos aprendizajes, va tomando conciencia de si mismo, va adquiriendo su habilidad manual y sus conocimientos y/o habilidades lo organiza y solidifica.

La Participación de los Padres de Familia en su mayoría es Media a Baja, debido que no todas las actividades biológicas referentes a su cuidado las realiza en para bien de la recuperación de su hijo, dado que el niño menor de 5 años en sus diferentes etapas del desarrollo es un ser que necesita aun de sus padres para poder satisfacer sus necesidades biológicas y con mayor énfasis al tener una limitación después de una intervención quirúrgica. Algunos padres esperan que sus hijos duerman solos o los cubren para que puedan descansar, es así que uno de los factores biológicos del niño que es el descanso y el sueño pone en peligro la satisfacción de esta necesidad, lo cual repercutirá en el desarrollo físico y psíquico. Por otro lado, las actividades que no participan en su totalidad, es cuando se monitorea a su niño mediante el control de las funciones vitales y los padres de familia no participan preguntando por iniciativa propia sobre la salud de su hijo; a su vez, no participan en las necesidades fisiológicas de su niño, sobre los cuidados y la información sobre la intervención quirúrgica que su niño tuvo, donde ponen en evidencia solo una participación pasiva no alcanzando a lograr una experiencia positiva que permita conservar el vinculo familiar y enfrentar el estrés que produce una cirugía.

Por lo tanto, se puede deducir que la Participación de los Padres de Familia en la dimensión biológica es de Participación Media a Baja, poniendo en peligro el desarrollo

y crecimiento del niño que a su vez se relacionan con las dimensiones afectiva y social; aminorando así el desarrollo de las habilidades y procesos biológicos en comparación con otros niños que presentan experiencias positivas tanto en lo biológico como en el vínculo familiar.

En cuanto al Nivel de Participación de los Padres de Familia según la dimensión Psicológica y/o afectiva, se observa que de un total de 26 padres de familia encuestados (100%), en promedio 21 padres de familia (80.77%) presentan Nivel de Participación Media a Baja y 5 padres de familia (19.23%) con Nivel de Participación Alta.

La dimensión psicológica y/o afectiva del desarrollo del niño menor de 5 años, esta referida a las relaciones de afecto que se dan entre el niño, sus padres, hermanos y familiares con quienes establecen sus primeras formas de relacionar; mas adelante se amplia su mundo al ingresar con una mayor interacción con otros niños de su comunidad. La afectividad del niño se aplica en emociones, sensaciones y sentimientos; su auto-concepto y autoestima serán determinadas por la calidad de las relaciones que establece con las personas que constituyen su medio social. Entre los aspectos de desarrollo del niño esta: la identidad personal, que es donde el niño se conoce a si mismo, de su aspecto físico, de sus capacidades y el descubrimiento de lo que puede hacer, crear y expresar; la cooperación y participación se refiere a la posibilidad de intercambios de ideas, descubre la alegría y la satisfacción en donde le permite tomar en cuenta los puntos de vista de los otros; la expresión de afectos, en donde manifiesta sentimientos y estados de ánimos; y la autonomía, en donde se gobierna por si mismo.

La mayoría de los Padres de Familia presentan Nivel de Participación Media a Baja; debido que los padres no interactúan debidamente con sus hijos para que estos puedan ampliar sus interrelaciones con el mundo exterior, pudiendo desarrollar sus sentimientos dado que los padres confunden la afectividad que deben brindar con

obsequios o juguetes, tratando así de sustituir el vínculo afectuoso padres – hijos que se encuentra evocado mas en el amor.

Por lo tanto, nos permitimos deducir que la Participación de los Padres de Familia en la dimensión psicológica y/o afectiva es Media a Baja, debido a que estos no demuestran correctamente las relaciones de afecto que se debe existir entre los miembros familiares en especial entre padres e hijos; de donde surgirán las bases de sus sentimientos de seguridad y de su futura capacidad de amar, dado que se sentirá amado y no solo cuidado por parte de sus padres desarrollando así mayor capacidad de superar los conflictos de la enfermedad, hospitalización, intervención quirúrgica y restablecimiento del niño.

Respecto al Nivel de Participación de los Padres de Familia según la dimensión social, se observa que de un total de 26 padres de familia encuestados (100%), en promedio 21 padres de familia (80.77%) presentan Nivel de Participación Media a Alta y 5 padres de familia (19.23%) con Nivel de Participación Baja.

La dimensión social del desarrollo del niño, se refiere a la transmisión, adquisición y acrecentamiento de la cultura del grupo al que pertenece, a través de las interrelaciones que le permitirá convertirse en miembro activo de su grupo. Al interrelacionarse, producirá el aprendizaje de valores y practicas aprobadas por la sociedad; así como la adquisición y consolidación de los hábitos que conllevará a la preservación de la salud física y mental del niño. En el proceso de la socialización, el niño acepta todas las normas sociales imperantes, intervienen no solo personas significativas como sus padres sino también su entorno que lo rodea.

En su mayoría la Participación de los Padres de Familia es Media a Alta, debido a que estos ponen en práctica los agentes socializadores que conforma la sociedad; siendo la mas importante la familia en donde se a afianzado la interiorización de normas y

valores por parte de los padres hacia los hijos, estructurando la personalidad del niño, su manera de pensar, configurando finalmente un adulto perfectamente para el futuro.

Por lo tanto, se deduce que los padres de familia poseen Participación Media a Alta ya que nuestra sociedad esta regida de normas y evocan sus practicas a sus hijos para que estos a medida se desarrollen en el ámbito social puedan adaptarse al grupo social actual.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Del presente trabajo de investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

1. El Nivel de Participación de los Padres de Familia en el cuidado de los niños menores de 5 años post operados es de Participación Media a Baja representando el 80.77% y sólo el 19.23% tienen Participación Alta, esto implicaría que la mayoría los niños tendrían una recuperación física, psicológica y/o afectiva y social relativamente disminuida por una participación pasiva a comparación de otros que si presentan participación activa en las diferentes esferas del paciente pediátrico; probablemente porque dichos padres no recibieron educación previa a la intervención quirúrgica para que así éstos sean protagonistas activos en el restablecimiento de su hijo con ciertos conocimientos básicos y preparación psicológica que estos deben enfrentar frente a la recuperación de la enfermedad.
2. Nivel de Participación de los Padres de Familia en el cuidado de los niños menores de 5 años post operados; según las dimensiones biológicas, psicológicas y/o afectiva, en su conjunto es de Participación Media a Baja (80.77%) y sólo el 19.23% tienen Participación Alta; esto implicaría que dichos

padres presentan participación pasiva en estas 2 dimensiones donde el niño pediátrico es mas vulnerable y lento en recuperación, probablemente porque los padres no recibieron educación referente a la importancia de la recuperación post operatoria en estas dimensiones y la importancia que tiene su rol como padre dentro del restablecimiento de su niño; mientras la dimensión social presenta una Participación Media a Alta (80.77%) y sólo representa la Participación Baja el 19.23%; donde los padres de familia como agentes socializadores sólo ponen en práctica lo que han aprendido de las reglas de la sociedad y estos a su vez lo transmiten a sus hijos probablemente porque desconocen de la importancia de un restablecimiento satisfactorio de las necesidades bio-psico-social frente al daño sufrido por una enfermedad.

En la ejecución del estudio se determinaron las siguientes limitaciones:

1. Prolongado tramite administrativo por parte de la sede de estudio por lo que se tuvo que acceder a diversas estrategias para la recolección de datos.
2. Demora de la entrega de los documentos de los juicios de expertos por las actividades académicas y laborales que desempeñan los jueces y dificultaban la evaluación del instrumento a emplear.
3. En el mes asignado para la ejecución del instrumento, sala de operaciones se trasladó al ambiente de Cirugía de Día porque se inicio la remodelación de la infraestructura de quirófanos y central de esterilización, por lo que el numero de pacientes programados a intervenir disminuyó dado que sólo se cuenta con 02 quirófanos distribuidos 01 para emergencias y 01 para pacientes programados. Hasta la fecha sigue remodelación de infraestructura.

4. La disponibilidad de tiempo por parte del padre dado que por sus actividades de trabajo en su mayoría no se encontraban en el momento de la recolección de los datos.

De los resultados obtenidos en el presente estudio, se derivan las siguientes recomendaciones:

1. Que la enfermera incentive la participación activa de los padres de familia en el cuidado de sus hijos durante la hospitalización para que favorezca su recuperación eficaz del niño y fortalezca los vínculos entre padres e hijos.
2. Realizar un fluxograma desde el pre, trans y post operatorio del niño, donde el padre de familia pueda recibir una información adecuada sobre la cirugía que su niño será sometido y así pueda favorecer a una recuperación satisfactoria mediante su participación activa por los conocimientos adquiridos.
3. Realizar estudios similares de participación de los padres de familia en el cuidado de sus hijos de 5 – 18 años post operados en los diferentes servicios.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- BLAKE : Enfermería Pediátrica. Editorial Interamericana. 8° edición. México. 2000.
- BRUNNER; SUDDARTH : Enfermería Medicoquirúrgica. Editorial Interamericana. 7° edición. México. 1994.
- GRIFFIN : Practica de la Enfermería con Base teórica. Editorial Interamericana. México. 2004.

www.comexan.com.mx/revista/anteriores/1997/num4/control.pdf

www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1993...sci... –

es.wikipedia.org/wiki/Pediatría

escuela.med.puc.cl/paginas/.../Portada.html –

www.zonapediatrica.com/

BIBLIOGRAFÍA

- BLAKE : Enfermería Pediátrica. Editorial Interamericana. 8° edición. México. 2000.
- BROADRID, Violet : Enfermería Pediátrica. Editorial Harla. 3° edición. México. 2000.
- BRUNNER; SUDDARTH : Enfermería Medicoquirúrgica. Editorial Interamericana. 7° edición. México. 1994.
- GRIFFIN : Practica de la Enfermería con Base teórica. Editorial Interamericana. México. 2004.
- MENEGHELLO, FANTA : Pediatría. Editorial Mediterráneo. 5° edición. Chile. 2004.

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

ANEXO	PAG
A. Operacionalización de la Variable	I
B. Matriz de Operacionalización de la Variable	III
C. Matriz de Consistencia	IV
D. Instrumento : Cuestionario	XII
E. Cronograma de Gantt	XVIII
F. Libro de codificación	XIX
G. Procedimiento del cálculo de validez para el instrumento	XXVII
H. Procedimiento para el cálculo de la categorización de la variable Participación de los Padres de Familia	XXVIII
I. Edad de los Padres de Familia de la Unidad de Recuperación Post Anestésica – ISN.	XXX
J. Grado de Parentesco de los Padres de Familia de la Unidad de Recuperación Post Anestésica – ISN.	XXXI
K. Ocupación de los Padres de Familia de la Unidad de Recuperación Post Anestésica – ISN.	XXXII

ANEXO " A "

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Participación de los Padres de Familia en el cuidado de los niños menores de 5 años post operados durante su estadía en la sala de recuperación post anestésica	Son acciones que el padre de familia brinda a su hijo menor de 5 años post operados durante su estadía en la sala de recuperación post anestésica, mediante la participación activa de su cuidado permitiendo mantener la salud,	DIMENSION BIOLOGICA	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados durante su estancia en la URPA - Monitoreo de funciones vitales. - Aseo personal. - Sueño - Eliminación - Cuidado de la seguridad física. • Participación de terapias: - Terapia farmacológica. - Terapia del dolor 	Conjunto de actividades proporcionadas por el padre de familia a su hijo menor de 5 años post operados a través del cuidado que se le brinda durante su estadía en dicha unidad, orientados hacia un objetivo de búsqueda del bienestar integral y lograr el

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICIÓN OPERACIONAL
	bienestar y responder de manera constante a sus necesidades en las dimensiones biológicas, psicológico y/o afectivo y social.	DIMENSION PSICOLÓGICA Y/O AFECTIVA	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento del procedimiento quirúrgico y evolución del niño. • Vínculo entre padres – hijos. • Comunicación entre padres – hijos. 	desarrollo humano del niño en las dimensiones biológicas, psicológica y social.
		DIMENSION SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> • Relación padre – hijo: generación de confianza en el menor. • Ambiente agradable y armónico. • Relación padres – médico / enfermera. 	

ANEXO " B "

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VALORES QUE ADOPTARA LA VARIABLE	CRITERIOS PARA ASIGNARLE VALOR	PROCEDENCIA PARA LA MEDICION	APROXIMACIÓN DE TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION	ESCALA DE MEDICION
<p>El valor final que adoptara la variable Participación hacia la investigación, será:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Alta ○ Media ○ Baja 	<p>El criterio para asignar el valor: Alto, Medio y Bajo, será de acuerdo al puntaje obtenido en la entrevista donde cada pregunta correcta tendrá un puntaje de 2 puntos (con excepción las preguntas 3,4,6,7,8,9,14,15 que tendrá un valor de 4 puntos) y por respuesta incorrecta 0 puntos. Luego de analizar las entrevistas serán ubicados en la escala de stanones y colocada en la campana Gauss. Menor de "a" Baja. Entre "a" y "b" Media y mayor de "b" Alta.</p>	<p>Para iniciar la recolección de datos se solicito la autorización de la sede de estudio, mediante carta de presentación dirigida al director del Instituto Especializado de Salud del Niño, a fin de obtener las facilidades para la realización del presente estudio se tomaron todos los días de lunes a viernes de 11 AM – 5 PM, con un tiempo de duración de 15 minutos por cada instrumento.</p>	<p>Técnica: Entrevista</p> <p>Instrumento: Cuestionario Estructurado.</p>	<p>O R D I N A L</p>

ANEXO " C "

MATRIZ DE CONSISTENCIA

INDICADORES	PREGUNTAS
CUIDADOS DURANTE SU ESTADIA EN LA URPA: - Monitoreo de funciones vitales	<p>1. Cuando le toman la Temperatura a su niño, Ud. :</p> <ul style="list-style-type: none">a. Solo observa como le colocan el termómetrob. Prefiere que no le tomen porque su niño llorac. Ayuda a la enfermera en colocar el termómetro a su niñod. Prefiere salir del ambiente mientras le colocan el termómetroe. Le entrega un juguete a su niño <p>2. Cuando su niño esta siendo controlado por un monitor y suena la alarma del monitor:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Ud. se alarma y se desesperab. Ud. avisa a la enfermera y se mantiene en alertac. Ud. arrulla y hace dormir a su niñod. Ud. prefiere salir de la habitación y pedir auxilioe. Ud. no avisa a nadie y manipula el monitor para apagarlo

	<p>3. Después del control de funciones vitales (temperatura, presión arterial, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca), Ud. :</p> <ul style="list-style-type: none">a. No hace preguntas al personal de salud.b. Pregunta al personal de salud como se encuentra su niñoc. Espera que el personal le de información sobre su niñod. Quiere hacer preguntas pero prefiere no hacerloe. Prefiere esperar que le den de alta a su niño para luego preguntar. <p>4. Como Ud. participa en el aseo personal de su niño:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Espera que el personal encargado lo hagab. Ud. Colabora con el aseo de su niñoc. No esta presente en el aseo de su niñod. Prefiere que no lo asean por su estado de salude. Ud. Prefiere solo cambiarle la ropa sucia por limpia <p>5. Para que su niño pueda dormir, Ud.:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Lo cubre con las frazadas para abrigarlob. Simplemente espera que se duerma soloc. Lo arrulla hasta que se duermad. No esta presente cuando duerme
--	---

<p>- Eliminación</p>	<p>e. Le da un juguete para que juegue..</p> <p>6. Si su niño es mayor de 3 años, responda:</p> <p>Cuando su niño desea realizar sus necesidades fisiológicas (orina, deposiciones), Ud. :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Prefiere que el personal técnico le coloque una chata o papagayo a su niño b. Le coloca la chata o papagayo a su niño c. Prefiere salir del ambiente para que el personal haga su trabajo d. Llama al personal técnico para que se quede con su niño e. Se siente incomodo frente a esta situación <p>7. Si su niño es menor de 3 años, responda:</p> <p>Cuando su niño realiza sus necesidades fisiológicas (orina, deposiciones), Ud. :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Llama al personal técnico y a la enfermera b. Llama a la enfermera y le pide que lo cambien c. Le cambia su pañal y avisa a la enfermera d. Avisa al personal técnico y le proporciona pañales e. Prefiere no cambiarle y dejarlo para mas tarde <p>8. Cuando sale de ver a su niño de Recuperación (URPA), Ud. : :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Avisa al personal que se esta retirando y abriga a su niño
<p>- Seguridad Física</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> b. Sujeta los pies de su niño a la camilla para que no se caiga y sale sin avisar c. Asegura las barandas de la camilla y avisa al personal que se esta retirando d. Solo asegura las barandas y sale sin avisar e. Prefiere sujetar las manos de su niño para que no se caiga y salir sin avisar
PARTICIPACIÓN DE TERAPIA: - Farmacológica - Dolor	<ul style="list-style-type: none"> 1. En el momento de dar los medicamentos a su niño: <ul style="list-style-type: none"> a. Ud. prefiere que no le den porque su niño llora mucho. b. Ud. Mismo le da sus medicamentos sin informar a la enfermera c. Ud. Colabora con la enfermera cuando le dan sus medicamentos d. Ud. prefiere salir cuando le dan sus medicamentos. e. Ud. Prefiere que le den cuando su niño se duerma 2. Cuando su niño llora mucho o dice que le duele su herida: <ul style="list-style-type: none"> a. Ud. le da un juguete a su niño para que se distraiga b. Ud. lo hace dormir para que deje de llorar c. Ud. ayuda a la enfermera a dar su medicina para el dolor d. Ud. prefiere que su niño vea la Tv. para que deje de llorar. e. Ud. se siente angustiada con el llanto de su niño

CONOCIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	<div>1. Cuando iban a operar a su niño, Ud. :<ul style="list-style-type: none">a. Desconocía que tipo de operación le iban a realizar a su niñob. Estuvo al pendiente de lo que sucedía mientras lo operaban a su niñoc. Sabía de la operación pero no estubo en ese momentod. Prefirió no acompañar a su niño a SOP porque lloraba muchoe. Ud. estaba muy nerviosa (o) por la operación de su niño</div> <div>2. Respecto a la información que le dan sobre la intervención quirúrgica de su niño:<ul style="list-style-type: none">a. Ud. espera que le medico salga y le de información de la operaciónb. Ud. no le da mucha importancia porque prefiere ver a su niñoc. Ud. solo le interesa saber si salió bien la operaciónd. Ud. esta al pendiente buscando al medico para que le informee. Ud. no le da mucha importancia a los informes.</div> <div>3. Ud. Pregunto sobre los cuidados que su niño debe recibir en el hogar:<ul style="list-style-type: none">a. Sib. No</div> <div>Si la respuesta es SI, explique que le dijeron:</div> <div>.....</div> <div>.....</div>
--	---

VINCULO ENTRE PADRES - HIJOS	<p>1. En su rol paternal, Ud. le pone mas énfasis a:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Los abrazos, caricias, juguetes b. Los abrazos, caricias, besos c. Besos, caricias, juguetes. d. Caricias, besos, globos e. Caricias, juguetes, globos. <p>2. Ahora que su niño ha sido operado, cómo Ud. participa en su recuperación:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ud. le compra todo lo que su niño le pide para que este contento. b. Ud. Le trae todos sus juguetes que tiene en casa c. Ud. pregunta al personal (enfermera / medico) sobre los cuidados a seguir en casa d. Ud. le trae algunos dulces que a su niño le gusta e. Ud. prefiere que le den información al momento del Alta.
COMUNICACIÓN ENTRE PADRES - HIJOS	<p>1. Cuando su niño le habla mientras esta en la camilla:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ud. le habla mediante gestos. b. Ud. le responde con voz suave c. Ud. le grita porque llora mucho.

	<ul style="list-style-type: none"> d. Ud. no le habla porque es muy pequeño. e. Ud. prefiere decirle que duerma
RELACION PADRE - HIJO	<p>1. Para que su niño tenga confianza en el equipo de salud al momento de atenderlo:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ud. le habla en voz alta para que no llore b. Ud. prefiere salir del ambiente c. Ud. le explica tratando de tranquilizarlo d. Ud. lo amenaza que saldrá de la habitación si llora e. Ud. permanece a su lado sin decirle nada
AMBIENTE AGRADABLE	<p>1. De que manera Ud. participa frente a la hospitalización de su niño:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Se siente fastidiado e incomodo b. Se molesta muy rápido y se siente aburrido c. Se mantiene tranquilo y coopera en el cuidado de su niño d. Se encuentra tranquilo y a veces fastidiado e. Se siente incomodo e irritable. <p>2. Cómo Ud. participa en mejorar el ambiente donde esta su niño:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Habla con la enfermera para que ella ordene la camilla de su niño

	<ul style="list-style-type: none">b. Ud. mismo ordena la camilla de su niñoc. Ud. solo espera que su niño sea dado de Alta.d. No hace nada porque solo le preocupa que este tranquilo su niñoe. Prefiere no dejar ninguna pertenencia porque se puede perder
RELACION PADRE – MEDICO / ENFERMERA	<p>1. En su relación con el personal de enfermería, Ud. se comunica de manera:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Cordial y agresivab. Indiferente y agresivac. Indiferente y cordiald. Amable y cordiale. Amable e indiferente

ANEXO " D "

CUESTIONARIO

PRESENTACIÓN:

Buenos días (tardes), mi nombre es Ssujey Fernández Montes enfermera del Servicio de Centro Quirúrgico y me encuentro realizando un estudio de investigación sobre la Participación de los Padres de Familia en el cuidado de su niño menor de 5 años post operado y tiene por objetivo conocer cuanto Ud. participa en el cuidado de su hijo. Por consiguiente, es importante que Ud. nos de las respuestas sinceras ya que esto nos permitirá desarrollar un programa educativo para beneficio de Ud. y su niño.

Se le expresa que este cuestionario es **ANÓNIMO** por lo cual se le agradece anticipadamente su colaboración.

INSTRUCCIONES:

Conteste el cuestionario marcando con una (X) o un circulo (O) la respuesta que Ud. considere la correcta.

CONTENIDO:

DATOS GENERALES

1. Parentesco:

- a. Padre
- b. Madre

2. Edad del padre de familia:

- a. 15-21 años
- b. 22-28 años
- c. 29-35 años
- d. 36-42 años
- e. mas de 42 años

3. Estado Civil:

- a. Casado (a)
- b. Soltero (a)

- c. Conviviente
 - d. Viudo (a)
4. Grado de instrucción:
- a. Primaria
 - b. Secundaria
 - c. Superior
5. Ocupación:
- a. Ama de casa
 - b. Comerciante
 - c. Profesional
 - d. Empleado
 - e. Otros: Especifique:
6. Edad del niño (a):
- a. 0-1 año
 - b. 2-3 años
 - c. 4-5 años
7. Niño (a) que después de la URPA pasará a:
- a. Hospitalización
 - b. Dado de Alta (Ambulatorio)

DATOS ESPECIFICOS

1. Cuando le toman la Temperatura a su niño, Ud. :
- a. Solo observa como le colocan el termómetro
 - b. Prefiere que no le tomen porque su niño llora
 - c. Ayuda a que la enfermera le coloque el termómetro a su niño
 - d. Prefiere salir del ambiente mientras le colocan el termómetro
 - e. Le entrega un juguete a su niño
2. Cuando su niño esta siendo controlado por un monitor y suena la alarma del monitor:
- a. Ud. se alarma y se desespera
 - b. Ud. avisa al personal encargado y se mantiene en alerta

- c. Ud. arrulla y hace dormir a su niño
- d. Ud. prefiere salir de la habitación y llamar a sus familiares
- e. Ud. no avisa a nadie y manipula el monitor para apagarlo

3. Después del control de funciones vitales (temperatura, presión arterial, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca), Ud. :

- f. No hace preguntas al personal de salud.
- g. Pregunta al personal de salud como se encuentra su niño
- h. Espera que el personal le de información sobre su niño
- i. Quiere hacer preguntas pero prefiere no hacerlo
- j. Prefiere esperar que le den de alta a su niño para luego preguntar.

4. Cómo Ud. participa en el aseo personal de su niño:

- a. Espera que el personal encargado lo haga
- b. Ud. Colabora con el aseo de su niño
- c. No esta presente en el aseo de su niño
- d. Prefiere que no lo asean por su estado de salud
- e. Ud. Prefiere solo cambiarle la ropa sucia por limpia

5. Para que su niño pueda dormir, Ud.:

- a. Lo cubre con las frazadas para abrigarlo
- b. Simplemente espera que se duerma solo
- c. Lo arrulla hasta que se duerma
- d. No esta presente cuando duerme
- e. Le da un juguete para que juegue..

6. Si su niño es mayor de 3 años, responda:

Cuando su niño desea realizar sus necesidades fisiológicas (orina, deposiciones),

Ud. :

- a. Prefiere que el personal técnico le coloque una chata o papagayo a su niño
- b. Le coloca la chata o papagayo a su niño
- c. Prefiere salir del ambiente para que el personal haga su trabajo
- d. Llama al personal técnico para que se quede con su niño
- e. Se siente incomodo frente a esta situación

7. Si su niño es menor de 3 años, responda:

Cuando su niño realiza sus necesidades fisiológicas (orina, deposiciones), Ud. :

- a. Llama al personal técnico y a la enfermera
- b. Llama a la enfermera y le pide que lo cambien
- c. Le cambia su pañal y avisa a la enfermera
- d. Avisa al personal técnico y le proporciona pañales
- e. Prefiere no cambiarle y dejarlo para mas tarde

8. Cuando sale de ver a su niño de Recuperación (URPA), Ud. :

- a. Avisa al personal que se esta retirando y abriga a su niño
- b. Sujeta los pies de su niño a la camilla para que no se caiga y sale sin avisar
- c. Asegura las barandas de la camilla y avisa al personal que se esta retirando
- d. Solo asegura las barandas y sale sin avisar
- e. Solo sale sin avisar

9. En el momento de dar los medicamentos a su niño:

- a. Ud. prefiere que no le den porque su niño llora mucho.
- b. Ud. Mismo le da sus medicamentos sin informar a la enfermera
- c. Ud. Colabora con la enfermera cuando le dan sus medicamentos
- d. Ud. prefiere salir cuando le dan sus medicamentos.
- e. Ud. Prefiere que le den cuando su niño se duerma

10. Cuando su niño llora mucho o dice que le duele su herida:

- a. Ud. le da un juguete a su niño para que se distraiga
- b. Ud. lo hace dormir para que deje de llorar
- c. Ud. ayuda a la enfermera a dar su medicina para el dolor
- d. Ud. prefiere que su niño vea la Tv. para que deje de llorar.
- e. Ud. se siente angustiada con el llanto de su niño

11. Cuando iban a operar a su niño, Ud. :

- a. Desconocía que tipo de operación le iban a realizar a su niño
- b. Estuvo pendiente que sucedía mientras operaban a su niño
- c. Sabia de la operación pero no estuvo en ese momento
- d. Prefirió no acompañar a su niño a SOP porque lloraba mucho

- e. Ud. estaba muy nerviosa (o) por la operación de su niño
12. Respecto a la información que le dan sobre la intervención quirúrgica de su niño:
- a. Ud. espera que le medico salga y le de información de la operación
 - b. Ud. no le da mucha importancia porque prefiere ver a su niño
 - c. Ud. solo le interesa saber si salió bien la operación
 - d. Ud. esta pendiente buscando al medico para que le informe
 - e. Ud. no le da mucha importancia a los informes.
13. Ud. Preguntó sobre los cuidados que su niño debe recibir en el hogar:
- a. Si
 - b. No
- Si la respuesta es SI, explique que le dijeron:
-
-
-
14. En su rol paternal, Ud. le pone mas énfasis a:
- a. Los abrazos, caricias, juguetes
 - b. Los abrazos, caricias, besos
 - c. Besos, caricias, juguetes.
 - d. Caricias, besos, globos
 - e. Caricias, juguetes, globos.
15. Ahora que su niño ha sido operado, cómo Ud. participa en su recuperación:
- a. Ud. le compra todo lo que su niño le pide para que este contento.
 - b. Ud. Le trae todos sus juguetes que tiene en casa
 - c. Ud. pregunta al personal (enfermera / medico) sobre los cuidados a seguir en casa
 - d. Ud. le trae algunos dulces que a su niño le gusta
 - e. Ud. prefiere que le den información al momento del Alta.
16. Cuando su niño le habla mientras esta en la camilla:
- a. Ud. le habla mediante gestos.
 - b. Ud. le responde con voz suave

- c. Ud. le grita porque habla y llora mucho.
 - d. Ud. no le habla porque es muy pequeño.
 - e. Ud. prefiere decirle que duerma
17. Para que su niño tenga confianza en el equipo de salud al momento de atenderlo:
- a. Ud. le habla en voz alta para que no llore
 - b. Ud. prefiere salir del ambiente
 - c. Ud. le explica tratando de tranquilizarlo
 - d. Ud. lo amenaza que saldrá de la habitación si llora
 - e. Ud. permanece a su lado sin decirle nada
18. De que manera Ud. participa frente a la hospitalización de su niño:
- a. Se siente fastidiado e incomodo
 - b. Se molesta muy rápido y se siente aburrido
 - c. Se mantiene tranquilo y coopera en el cuidado de su niño
 - d. Se encuentra tranquilo y a veces fastidiado
 - e. Se siente incomodo e irritable.
19. Cómo Ud. participa en mejorar el medio ambiente donde esta su niño:
- a. Habla con la enfermera para que ella ordene la camilla de su niño
 - b. No hace nada porque solo le preocupa que este tranquilo su niño
 - c. Ud. solo espera que su niño sea dado de Alta.
 - d. Ud. Colabora para que se mantenga en orden la camilla de su niño
 - e. Esta pendiente a sus pertenencias porque se puede perder
20. En su relación con el equipo de salud, Ud. se comunica de manera:
- a. Cordial y agresiva
 - b. Indiferente y agresiva
 - c. Indiferente y cordial
 - d. Amable y cordial
 - e. Amable e indiferente

Muchas gracias por su tiempo prestado.

ANEXO "E"

CRONOGRAMA DE GANTT

[illegible]

ANEXO " F "

LIBRO DE CODIFICACIÓN

CODIGO	PREGUNTA	RESPUESTA	PUNTAJE
	DATOS ESPECIFICOS		
01	Cuando le toman la Temperatura a su niño, Ud.	Solo observa como le colocan el termómetro	0
		Prefiere que no le tomen porque su niño llora	0
		Ayuda a que la enfermera le coloque el termómetro a su niño	2
		Prefiere salir del ambiente mientras le colocan el termómetro	0
		Le entrega un juguete a su niño.	0
02	Cuando su niño esta siendo controlado por un monitor y suena la alarma del monitor	Ud. se alarma y se desespera	0
		Ud. avisa al personal encargado y se mantiene en alerta	2
		Ud. arrulla y hace dormir a su niño	0
		Ud. prefiere salir de la habitación y llamar a sus familiares	0
		Ud. no avisa a nadie y manipula el monitor para apagarlo.	0

03	Después del control de funciones vitales : de salud (temperatura, presión arterial, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca), Ud.	No hace preguntas al personal de salud	0
		Pregunta al personal de salud como se encuentra su niño	4
		Espera que el personal le de información sobre su niño	0
		Quiere hacer preguntas pero prefiere no hacerlo	0
		Prefiere esperar que le den de alta a su niño para luego preguntar.	0
04	Cómo Ud. participa en el aseo personal de su niño	Espera que el personal encargado lo haga	0
		Ud. Colabora con el aseo de su niño	4
		No esta presente en el aseo de su niño	0
		Prefiere que no lo asean por su estado de salud	0
		Ud. Prefiere solo cambiarle la ropa sucia por limpia	0
05	Para que su niño pueda dormir, Ud.	Lo cubre con las frazadas para abrigarlo	0
		Simplemente espera que se duerma solo	0
		Lo arrulla hasta que se duerma	2

	No esta presente cuando duerme	0
	Le da un juguete para que juegue.	0
06	Si su niño es mayor de 3 años, responda: Cuando su niño desea realizar sus necesidades fisiológicas (orina, deposiciones), Ud.	
	Prefiere que el personal técnico le coloque una chata o papagayo a su niño	0
	Le coloca la chata o papagayo a su niño	4
	Prefiere salir del ambiente para que el personal haga su trabajo	0
	Llama al personal técnico para que se quede con su niño	0
	Se siente incomodo frente a esta situación	0
07	Si su niño es menor de 3 años, responda: Cuando su niño realiza sus necesidades fisiológicas (orina, deposiciones), Ud.	
	Llama al personal técnico y a la enfermera	0
	Llama a la enfermera y le pide que lo cambien	0
	Le cambia su pañal y avisa a la enfermera	4
	Avisa al personal técnico y le proporciona pañales	0
	Prefiere no cambiarle y dejarlo para mas tarde	0

08	Cuando sale de ver a su niño de Recuperación (URPA), Ud.	Avisa al personal que se esta retirando y abriga a su niño	0
		Sujeta los pies de su niño a la camilla para que no se caiga y sale sin avisar	0
		Asegura las barandas de la camilla y avisa al personal que se esta retirando	4
		Solo asegura las barandas y sale sin avisar	0
		Solo sale sin avisar	0
09	En el momento de dar los medicamentos a su niño	Ud. prefiere que no le den porque su niño llora mucho.	0
		Ud. Mismo le da sus medicamentos sin informar a la enfermera	0
		Ud. Colabora con la enfermera cuando le dan sus medicamentos	4
		Ud. prefiere salir cuando le dan sus medicamentos.	0
		Ud. Prefiere que le den cuando su niño se duerma.	0
10	Cuando su niño llora mucho o dice que le duele su herida	Ud. le da un juguete a su niño para que se distraiga	0
		Ud. lo hace dormir para que deje	

		de llorar	0
		Ud. ayuda a la enfermera a dar su medicina para el dolor	2
		Ud. prefiere que su niño vea la Tv. para que deje de llorar.	0
		Ud. se siente angustiada con el llanto de su niño.	0
11	Cuando iban a operar a su niño, Ud	Desconocía que tipo de operación le iban a realizar a su niño	0
		Estuvo pendiente que sucedía mientras operaban a su niño	2
		Sabía de la operación pero no estuvo en ese momento	0
		Prefirió no acompañar a su niño a SOP porque lloraba mucho	0
		Ud. estaba muy nerviosa (o) por la operación de su niño.	0
12	Respecto a la información que le dan sobre la intervención quirúrgica de su niño	Ud. espera que le medico salga y le de información de la operación	0
		Ud. no le da mucha importancia porque prefiere ver a su niño	0
		Ud. solo le interesa saber si salió bien la operación	0
		Ud. esta pendiente buscando al	

		medico para que le informe	2
		Ud. no le da mucha importancia a los informes	0
13	Ud. Preguntó sobre los cuidados que su niño debe recibir en el hogar	Si No Si la respuesta es SI, explique que le dijeron:	2 0
14	En su rol paternal, Ud. le pone mas énfasis a	Los abrazos, caricias, juguetes Los abrazos, caricias, besos Besos, caricias, juguetes. Caricias, besos, globos Caricias, juguetes, globos.	0 4 0 0 0
15	Ahora que su niño ha sido operado, cómo participa en su recuperación	Ud. le compra todo lo que su niño le pide para que este contento. Ud. Le trae todos sus juguetes que tiene en casa Ud. pregunta al personal (enfermera / medico) sobre los cuidados a seguir en casa Ud. le trae algunos dulces que a su niño le gusta Ud. prefiere que le den información al momento del Alta	0 0 4 0 0

16	Cuando su niño le habla Ud. le habla mediante gestos.	0
	mientras esta en la camilla Ud. le responde con voz suave	2
	Ud. le grita porque habla y llora mucho.	0
	Ud. no le habla porque es muy pequeño.	0
	Ud. prefiere decirle que duerma.	0
17	Para que su niño tenga Ud. le habla en voz alta para que confianza en el equipo de no llore	0
	salud al momento de Ud. prefiere salir del ambiente	0
	atenderlo Ud. le explica tratando de tranquilizarlo	2
	Ud. lo amenaza que saldrá de la habitación si llora	0
	Ud. permanece a su lado sin decirle nada.	0
18	De que manera Ud. Se siente fastidiado e incomodo participa frente a la Se molesta muy rápido y se hospitalización de su niño siente aburrido	0
		0
		2
		0
		0

19	Cómo Ud. participa en mejorar el medio ambiente donde esta su niño	Habla con la enfermera para que ella ordene la camilla de su niño	0
		No hace nada porque solo le preocupa que este tranquilo su niño	0
		Ud. solo espera que su niño sea dado de Alta.	0
		Ud. Colabora para que se mantenga en orden la camilla de su niño	2
		Esta pendiente a sus pertenencias porque se puede perder	0
20	En su relación con el equipo de salud, Ud. se comunica de manera	Cordial y agresiva	0
		Indiferente y agresiva	0
		Indiferente y cordial	0
		Amable y cordial	2
		Amable e indiferente	0

ANEXO " G "

PROCEDIMIENTO DEL CÁLCULO DE VALIDEZ PARA EL INSTRUMENTO

ITEMS	N° DE JUEZ								VALOR
	1	2	3	4	5	6	7	8	BINOMIAL
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4	1	1	1	1	1	1	0	1	0.035
5	1	0	1	0	1	1	1	1	0.145
6	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
7	1	1	1	0	1	1	1	0	0.145

Se ha considerado:

0 : si la respuesta es negativa

1 : si la respuesta es positiva

Según calculo estadístico: $p = 0.048$

Si $p < 0.05$ la concordancia es significativa

ANEXO " H "

PROCEDIMIENTO PARA EL CÁLCULO DE LA CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA

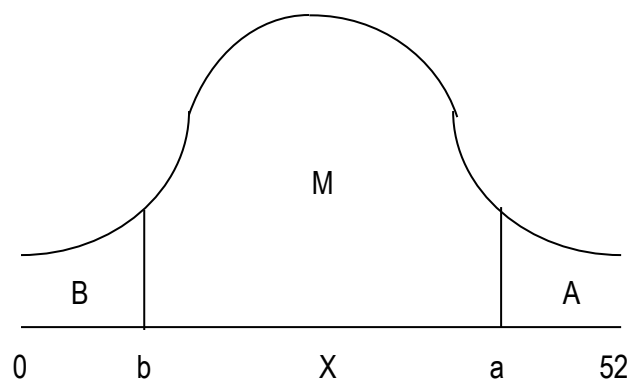
$$X = 616$$

$$X = 23.69$$

$$DS = \sqrt{\frac{\frac{\sum X^2 - (\sum X)^2}{X}}{X}}$$

$$DS = \sqrt{\frac{\frac{15480 - (616)^2}{26}}{26}}$$

$$DS = 5.84$$



Escala de stanones, donde:

$$a = X + 0.75 (DS)$$

$$b = X - 0.75 (DS)$$

$$a = 28.07$$

$$b = 19.31$$

$0 - b$	$= 0 - 19$	Participación Baja
$b + 1 - a$	$= 20 - 28$	Participación Media
$a + 1 - 52$	$= 29 - 52$	Participación Alta

ANEXO " I "

**EDAD DE LOS PADRES DE FAMILIA DE LA UNIDAD DE
RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA – ISN
NOVIEMBRE - DICIEMBRE
LIMA – PERÚ
2008**

EDAD DE LOS PADRES DE FAMILIA	N °	%
15 - 21 años	0	0
22 - 28 años	05	19.24
29 - 35 años	13	50.00
36 - 42 años	04	15.38
mas de 42 años	04	15.38
TOTAL	26	100

ANEXO " J "

**GRADO DE PARENTESCO DE LOS PADRES DE FAMILIA DE LA
UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA – ISN
NOVIEMBRE - DICIEMBRE
LIMA – PERÚ
2008**

GRADO DE PARENTESCO	N °	%
PADRE	08	30.77
MADRE	18	69.23
TOTAL	26	100

ANEXO " K "

OCUPACIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA DE LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA – ISN

NOVIEMBRE - DICIEMBRE

LIMA – PERÚ

2008

OCUPACIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA	N °	%
AMA DE CASA	13	50.00
COMERCIANTE	06	23.08
PROFESIONAL	05	19.23
EMPLEADO	02	7.69
OTROS	0	0
TOTAL	26	100